

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE**

**O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE COM PACIENTES
APENADOS: UM ESTUDO SOBRE METÁFORAS E ESTIGMA**

DENISE DE AZEVEDO IRALA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Organização do trabalho da Enfermagem/Saúde

Orientadora: Profª Drª Marta Regina Cezar Vaz

Co-orientadora: Profª Drª Maria Elisabeth Cestari

**Rio Grande
2006**

DENISE DE AZEVEDO IRALA

**O PROCESSO DE TRABALHO COM PACIENTES APENADOS: UM ESTUDO
SOBRE METÁFORAS E ESTIGMA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 31 de outubro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Presidente (FURG)

Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Membro (FURG)

Dra. Maria Ângela Mattar Yunes
Membro (FURG)

Dra. Ana Luiza Muccillo Baisch
Membro (FURG)

Dr. Ricardo Timm de Souza
Membro (PUCRS)

Dedico este trabalho a todas as pessoas que vivenciam processos de exclusão, nas mais diferentes formas, especialmente a parcela pobre, desassistida e estigmatizada da população do mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente aos meus pais, os quais sempre foram fontes de incentivo, sendo os meus "maiores fãs", acreditando em mim, quando às vezes o cansaço impedia que eu mesma acreditasse. Foram seus preciosos ensinamentos, especialmente, a honra e a honestidade que ajudaram a ser quem sou.

A minha querida avó Ecilda, que infelizmente não se encontra mais entre nós, mas que tenho certeza, continua fazendo o que sempre me dizia: "a vó vai rezar para ti".

Ao meu irmão, ser crítico e questionador do mundo, que me auxiliou na parte "cansativa" da dissertação.

Ao meu querido Carlos Alberto, não só marido, mas também companheiro de todas as horas, sempre me incentivando que "tudo vai dar certo".

À professora Marta, a quem eu dedico o eufemismo incrível, por estar sempre me incentivando, acreditando no meu potencial e buscando o lado positivo de tudo, especialmente no trabalho da saúde.

À professora Maria Elisabeth, figura tranqüila e serena, por quem nutro grande admiração e respeito, desde os tempos da academia e cuja maneira de ser é inspiradora.

Para Michelle e Fernanda, que estavam comigo nas horas de dúvidas e desespero, colaborando com suas palavras e seu afeto.

Para Eveline, uma pessoa que me ajudou muito, desde a seleção do Mestrado e que tem uma disposição enorme de ajudar a todo mundo.

Aos professores da banca, por terem dedicado seu tempo e realizado contribuições preciosas ao trabalho.

A todas pessoas que desejaram, de uma forma ou de outra o meu êxito, incentivando com um sorriso, uma palavra ou um gesto de carinho.

Aos trabalhadores da saúde que aceitaram participar deste estudo.

A todos aqueles que desejam conhecer e combater, de uma forma ou de outra, aos processos de exclusão.

A todos que amam fazer uma enfermagem com compromisso, amor, respeito e decência.

A DEUS e a São Jorge.

RESUMO

IRALA, Denise de Azevedo. O processo de trabalho da equipe de saúde com pacientes apenados: um estudo sobre metáforas e estigma. 2006.117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O presente estudo faz uma reflexão acerca do processo de trabalho da equipe de saúde com clientes apenados no interior de uma instituição hospitalar. Para realizarmos esta análise, delineamos como objetivo geral: identificar como se desenvolve o processo de trabalho da equipe de saúde em nível hospitalar com o cliente apenado; e identificar a presença de elementos que evidenciam uma relação metafórica e estigmatizante com o cliente detento. Esta é uma pesquisa de cunho exploratório, com abordagem sócio-histórica na dimensão dialética, portanto uma pesquisa qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os componentes da equipe de saúde, incluindo a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), médicos, fisioterapeutas e nutricionistas. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas gravadas. A análise dos dados foi realizada através da perspectiva hermenêutica dialética. Foram identificados o uso de metáforas com sentidos positivos e negativos, as quais demonstram a construção histórica dos sujeitos sociais, tanto dos trabalhadores da saúde, quanto do paciente apenado. Através destas constatações, verificamos que a identificação da condição de seres humanos se faz presente durante o processo de trabalho, possibilitando tanto o afastamento do trabalhador do objeto de trabalho (metáforas negativas geradas a partir do estigma) quanto a aproximação dos mesmos (metáforas positivas).

Descritores: Estigma. Metáfora. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

IRALA, Denise de Azevedo. The process work of the health staff with inmat patients: a study about metaphors and stigma. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

The present study reflects on the work process of the health staff with inmate patients in the hospital. In order to have this analysis, we defined as a general goal: identify how the work process of the health team is developed in a hospital level with the inmate patient; and identify the presence of elements that prove a metaphorical and stigmatizing relation with the patient. That is an exploratory research; with a social-historical approach on the dialectical dimension, therefore a qualitative research. The subjects of the research were the components of the health staff, including the nursing staff (nurse, technician and nursing assistant), physicians, physiotherapists and nutritionists. The data collection was done through semi-structured recorded interviews. The data analysis was done through the dialectical hermeneutics perspective. The use of metaphors with positive and negative senses was identified, and it demonstrates the historical construction of the social subjects, both on the health workers and the inmate patients. Based on these evidences, we realized that the identification of the human beings condition is made along the work process, making possible both, the removal of the worker from the object of work (negative metaphors generated from the stigma) and their approach (positive metaphors).

Descriptors: Stigma. Metaphor. Health Services.

RESUMEN

IRALA, Denise de Azevedo. El proceso de trabajo del equipo de salud con pacientes detenidos: un estudio sobre metáforas y estigma. 2006. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

En este estudio se hace una reflexión acerca del proceso de trabajo del equipo de salud con clientes detenidos dentro de una institución hospitalar. Para realizarnos este análisis, delineamos como objetivo general: identificar como se desarrolla el proceso de trabajo del equipo de salud en nivel hospitalar con el cliente detenido; identificar la presencia de elementos que evidencian una relación metafórica y estigmatizante con el cliente detenido. Esta es una pesquisa de característica exploratoria, con un abordaje sociohistórico en la dimensión dialéctica, por lo tanto una pesquisa cualitativa. Los sujetos de la pesquisa fueron los componentes del equipo de salud, incluyendo el equipo de enfermería (enfermero, técnico y auxiliar de enfermería), médicos, fisioterapeutas y nutricionistas. La colecta de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas grabadas. El análisis de los datos fue realizado a través de la perspectiva hermenéutica dialéctica. El uso de metáforas con sentidos positivos y negativos fueron identificados, que demonstren la construcción histórica de los sujetos sociales, tanto de los trabajadores de salud, cuanto del paciente detenido. A través de estas constataciones, verificamos que la identificación de las condiciones de seres humanos se hace presente durante el proceso de trabajo, posibilitando tanto el alejamiento del trabajador del objeto de trabajo (metáforas negativas generadas a partir del estigma), cuanto a la aproximación de los mismos (metáforas positivas).
Descritores: Estigma. Metáfora. Servicios de Salud.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Exclusão social	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1 Processo de Trabalho	27
3.2 Reclusão	31
3.3 Estigma	35
3.4 Metáfora	37
4. PROCESSO METODOLÓGICO.....	41
5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	47
6. RESULTADOS: Conhecendo os diferentes sentidos metafóricos representados pelo sujeito apenado no contexto do processo de trabalho de uma instituição hospitalar	50
6.1 Ser humano/ Cuidado universal	50
6.2 A Dupla Significação do Sujeito Apenado - a AIDS	74
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99

1. INTRODUÇÃO

“Nenhum homem é uma *Ilha*, um ser inteiro em si mesmo; todo homem é uma partícula do *Continente*, uma parte da *terra*. Se um *Pequeno Torrão* carregado pelo *Mar* deixa menor a Europa, como se todo um *Promontório* fosse, ou a *Herdade* de um *amigo* seu, ou até mesmo a *sua própria*, também a *morte* de um homem *me* diminui, porque Eu pertença à *Humanidade*. Portanto, nunca procures saber por quem os *sinos* dobram. Eles dobram por *tí*”.

(John Donne¹, 1624)

Acredito² que realizar a introdução da dissertação com as palavras de John Donne é extremamente pertinente. Estas chamaram a atenção, pois, ao meu ver tinham estreita relação com o tema do trabalho. A perda de um ser humano repercute sobre toda a humanidade. O luto de um homem ou uma mulher, um grupo ou uma família é uma perda para toda humanidade, pois o mundo é uma unidade, o que acontece a uma parte afeta igualmente a todas as outras.

Infelizmente já faz algum tempo que muitos de nós perdemos este sentido de unidade. Houve uma banalização da vida, das relações humanas, da relação do ser humano com o meio em que vive. As pequenas coisas parecem ter perdido o significado: estamos tão acostumados às atrocidades que presenciamos todos os dias que elas já não nos causam mais espanto ou estranhamento. Tornamo-nos individualistas demais para nos preocuparmos com o próximo.

Quando o autor afirmou que a perda de um homem atinge a toda humanidade, entendo que, naquela época, ele se referia à morte. Penso que hoje em dia, estas perdas ocorrem diariamente, não somente através de homicídios, acidentes ou tantos outros tipos de mortes, violentas ou não: em nossos dias, estas também acontecem através de sofrimentos de outras naturezas, como na pobreza, na fome, na miséria, dentre outras mazelas que atingem a dignidade das pessoas.

Foi através deste pensamento, vivenciando as experiências do trabalho realizado como enfermeira de uma Unidade Pós-Operatória para clientes com patologias cardíacas, que prestei assistência a inúmeros indivíduos, sendo que, dentre estes, um

¹ Trecho extraído da obra de HEMINGWAY, E. **Por quem os sinos dobram**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

² A apresentação inicial do estudo será realizada na primeira pessoa do singular, de modo a manter o sentido do contexto inicial em que a proposta foi elaborada (das vivências da pesquisadora).

grupo em particular, mas que não interna com tanta frequência me chamou a atenção: o paciente apenado³.

Estes pacientes me chamaram a atenção por trazerem para dentro do ambiente hospitalar uma situação estranha, como ter um paciente algemado no leito e com vigilância policial. Esta situação de estranhamento foi manifestada através de medo, compaixão, insegurança. Além disto, os questionamentos que surgiram, como qual o crime que havia sido cometido, ou se este doente que está tão fragilizado agora, também não havia sido vítima em algum outro momento da sua vida, levaram-me a buscar respostas às minhas inquietações. Deste modo, decidi realizar um trabalho que pudesse responder algumas dúvidas que surgiram durante a experiência que vivenciei dentro de um hospital.

Tendo como tema o Processo de Trabalho, pretendo realizar um estudo onde o foco central é a situação específica de adoecimento de clientes apenados internos em um ambiente hospitalar, tendo como pano de fundo o trabalho dos profissionais da equipe de saúde.

A relevância deste estudo está em proporcionar um melhor conhecimento acerca de como se processam as relações dos profissionais da equipe de saúde com o cliente apenado, entendendo que assim, poderemos prestar uma assistência de melhor qualidade a qual repercutirá positivamente na vida do trabalhador da saúde.

Trata-se de um trabalho diferenciado, pois muito pouco se tem escrito, discutido e refletido na área da saúde sobre o processo de trabalho com o paciente detento. Acredito que nós, profissionais da saúde, devemos problematizar e refletir sobre estas questões, a fim de que possamos conhecer os pontos a serem melhorados na assistência a estes clientes.

Pretendo realizar o estudo partindo da seguinte questão: como se desenvolve o processo de trabalho da equipe de saúde com o paciente apenado que aporta ao serviço de saúde em nível hospitalar? (Quais os sentidos dos sentimentos que são despertados, em que situações, como isto influi no processo de trabalho). Assim, foram traçados como **objetivo geral**:

³ Condenado a pena, punido (FERREIRA, 1986).

- identificar como se desenvolve o processo de trabalho da equipe de saúde em nível hospitalar com o cliente apenado; e
- identificar a presença de elementos que evidenciam uma relação metafórica e estigmatizante com o cliente detento, ou seja, neste processo de trabalho são desenvolvidas relações metafóricas com sentido estigmatizante?

Partindo do pressuposto de que no processo de trabalho da equipe de saúde com o paciente apenado temos presente a produção de metáforas⁴, as quais podem ser positivas ou negativas, originadas a partir do estigma do “presidiário”, entendo que a doença evidencia uma metáfora, concretizada no apenado, o qual representaria uma forma de violência. Neste sentido, “metáfora é um modelo teórico imaginário que, ao transpor-se para um domínio de realidade, vê as coisas de outro modo, mudando a linguagem habitual e, por isso, é uma ficção que simultaneamente descobre conexões novas entre as coisas e re-descreve a realidade” (PEREIRA, s/d, p.14). As metáforas podem ser ou representar afirmações ou negações a valores, crenças, atitudes, culturas, que através da linguagem podemos analisar e, o sujeito ao refletir/compreender sobre as metáforas utilizadas, tem o poder de transformá-las.

O conteúdo metafórico ao transpor-se para um domínio da realidade pode produzir ou reproduzir significados que transformam as relações existentes, re-descrevendo esta realidade, mudando assim práticas e linguagens *in/adequadas*, ajudando no entendimento da situação existencial dos diferentes indivíduos e na assistência a estes indivíduos em particular.

Entendo que, provavelmente, a situação de vulnerabilidade desencadeada pela reclusão em um presídio pode predispor o apenado a sofrer um duplo processo de exclusão: tanto do presente, pois o mesmo está recluso em um presídio, estando excluído da sociedade mais ampla; quanto do futuro, pois a marca da reclusão irá influenciar na sua re-inserção na vida social. Assim, preferimos escondê-lo em um presídio, pois ele representa tudo aquilo que é negado, indesejado, que causa medo e que desejamos não ver. Ele traduz todo um conjunto de símbolos que desejamos manter afastados, porém está ali e precisa ser atendido. O apenado traz consigo toda uma simbologia específica: a linguagem (característica do seu locus), a forma de se

⁴ Os termos estigma e metáfora serão apresentados no referencial teórico deste projeto.

comportar, as marcas representadas no corpo, o agente penitenciário ou policial que o acompanha... tudo isto precisa ser mantido longe, mas chegou até a instituição hospitalar.

Essa relação com o detento pode ser influenciada por sua história pregressa, ou seja, o fator que desencadeou a sua reclusão em um presídio. A infração cometida contra a sociedade, representada pelo crime, conhecido ou não pela equipe de saúde, pode provocar o afastamento do profissional.

A partir do momento que o cliente apenas chega até o serviço de saúde em nível hospitalar, ele necessita dos cuidados da equipe multidisciplinar⁵. Assim, toda a representatividade evocada quando na presença deste sujeito talvez esteja vinculada a alienação dos profissionais, pois segundo Codo (1994) o trabalho possibilita que nos identifiquemos e signifiquemos algo para o outro, nos inserindo em um grupo ou espécie, aproximando os homens. No trabalho alienado esta identidade se transforma em antagonismo, “A alienação inventa a solidão humana, transforma cada um de nós em seres irreconhecíveis perante o outro, sem par perante a própria espécie” (CODO, 1994, p.33). Além disto, no trabalho alienado criamos uma representação do “cliente ideal” (relacionado à venda de imagem de indivíduos saudáveis), porém, o “cliente real” que está junto a nós não atende às nossas expectativas, gerando um processo de alienação no trabalho. Assim, inventamos o “paciente ideal”, com uma imagem recriada à revelia e a busca por este cliente ideal que não existe causa a frustração do trabalhador (*op.cit.*). Acredito que, a frustração decorra por não ter sucesso também na realização do trabalho com o “paciente real”. Deste modo, o apenas foge de qualquer imagem positiva de cliente idealizado, pois não existe o paciente idealizado, como também aquele que existe é a metáfora do mal, da violência e que nos afasta porque evoca o medo.

Este estudo será apresentado através da introdução, revisão de literatura, referencial teórico, metodologia, resultados e considerações finais, a fim de tentar não somente possibilitar a compreensão de uma problemática complexa, mas especialmente, de provocar questionamentos acerca de uma realidade que vivenciamos em nosso trabalho.

⁵ A definição de trabalho da equipe multiprofissional será apresentada mais adiante.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Entendemos a questão do encarceramento como formada por uma rede de fatores, onde a reclusão, tomada como evento isolado, representa apenas o ápice de uma problemática, a qual, se analisada atentamente, revelará inúmeras causas. Na tentativa de desvelar estas causas, foram pontuados aqueles eventos que provavelmente fornecerão o arcabouço que possibilitará compreender a atual situação do apenado. Dentre estes fatores, se encontram a questão da exclusão social, relacionada às desigualdades sociais; a violência e a vulnerabilidade.

2.1 Exclusão social

A sociedade brasileira é marcada por profundas desigualdades. Isto pode ser comprovado ao refletirmos sobre os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), os quais revelavam que, em nosso país, no ano de 2002, enquanto o rendimento médio mensal em salário mínimo, dos 40% “mais pobres” da população ocupada era de 0,81 (o que correspondia a 162,69 reais), entre os 10% “mais ricos” aumentava para 14,65 (correspondente a 2929,03 reais). Essas diferenças repercutem também sobre as condições de saneamento adequado no domicílio, que no primeiro grupo atinge 37,3% subindo, significativamente, para 81,9% no segundo grupo. Ainda, apenas 5% dos estudantes de nível superior encontram-se entre os 40% “mais pobres”, sendo que este índice se eleva para 25,9% entre os 10% “mais ricos”, evidenciando profundas diferenças entre os diferentes estratos sociais (IBGE, 2004).

Estas características que recaem sobre os grupos menos favorecidos em nosso país geram não somente uma identidade de desigualdade, como também de exclusão, demonstrando com clareza qual é o limite que separa ricos e pobres, designando quais grupos podem ser providos das condições mínimas de dignidade e sobrevivência, como saneamento básico e educação. “A experiência de processos de exclusão e desigualdades sociais, além de gerar privações materiais, fomenta entre os indivíduos sentimentos de desencanto e frustração” (ABRAMOVAY et al., 2002, p.57), podendo

determinar não somente quais são as perspectivas em relação ao futuro, como também quais as possibilidades do que pode ser desejado e adquirido, do que é permitido ter e não ter, fazer ou não fazer e especialmente, ser ou não ser enquanto homem ou mulher, com sua dignidade e sua humanidade.

Conforme será demonstrado mais adiante, neste contexto de desigualdades de nossa sociedade, podemos perceber que predomina um certo perfil socioeconômico e étnico, tanto das vítimas de violência quanto dos sujeitos apenados. Assim, acreditamos que o apenado faz parte de uma categoria de excluídos, os quais trazem a marca do estigma em sua identidade social, sendo um dos personagens menos referenciados na história e na literatura, compondo uma parcela estigmatizada da população, aquela que necessita ser afastada do convívio social e reabilitada. Entendemos que a exclusão social permeia todas relações que se processam com estes indivíduos, por isto será feita uma breve revisão de alguns estudos acerca da exclusão.

Segundo o estudo realizado por Ornellas (1997) acerca das práticas médicas em relação às doenças culturalmente tratadas à margem da sociedade (tuberculose, hanseníase e doença mental) o presídio surgiu como estabelecimento de prática asilar em resposta ao movimento de exclusão dos *indesejáveis* do convívio social. Conforme a autora, a prisão serve não só como técnica de controle e tratamento moral, mas representa uma forma de institucionalização, já que, historicamente a assistência pública necessitou “proteger” o conjunto social de certas categorias de excluídos, dentre elas o preso.

Neste mesmo sentido, Goffman (2003) afirma que as cadeias surgiram como uma das várias instituições destinadas a abrigar uma determinada categoria de pessoas socialmente perturbadoras, protegendo a sociedade dos perigos e aborrecimentos de certos tipos de má conduta.

Pesavento (1999) analisou a especificidade do vocabulário de estigmatização urbana na cidade de Porto Alegre, no final do século XIX até o início do século XX, o qual designava certos lugares, personagens e práticas sociais, delimitando a exclusão e discriminação social, definindo o espaço social o qual se organiza segundo a lógica da diferença. A linguagem que designa espaços e lugares da cidade traduz valores,

juulgamentos e preconceitos, condenando práticas e atores sociais. A autora identificou que a linguagem de estigmatização pode ser usada para qualificar de forma negativa uma parte da cidade que é incômoda e indesejada, incluindo-se nela os seus habitantes, que representam uma parcela estigmatizada da sociedade.

Ainda nos dias atuais, a distribuição e localização das moradias e dos serviços urbanos, por exemplo, determina a segregação urbana, a qual define os espaços dos ricos e dos pobres dentro da cidade (SANT'ANNA, AERTS E LOPES; 2005).

Kuriyama (2004), estudou quais as motivações que levam aos processos de exclusão e reclusão dos apenados, utilizando para sua análise a Penitenciária Estadual do Rio Grande, buscando compreender o que caracteriza estes locais de controle do corpo, identificando através das falas dos apenados os modos de viver (e talvez sobreviver) dentro de um espaço de reclusão, onde o corpo não só é controlado, como também é a expressão de crenças, atitudes e sentimentos, igualando e diferenciando homens dentro de um mesmo espaço.

Ao estudar o contexto de exclusão social de jovens infratores, Feijó e Assis (1999) identificaram que, possivelmente, a delinquência juvenil está relacionada não só com a exclusão social, como também com as vulnerabilidades da família e segundo as autoras, “Na idéia de exclusão inserem-se várias formas de segregação e discriminação, levando a um conjunto de vulnerabilidades difícil de superar” (FEIJÓ e ASSIS, 1999, p.158). Afirmam ainda que a *exclusão* pode ocorrer sob várias formas, mas que a *econômica* talvez seja a mais grave por gerar outros tipos de exclusão, sendo que o ser excluído não pode exercer a sua cidadania. As vulnerabilidades encontradas pelas autoras estão associadas a um contexto de exclusão em que vive a família dos jovens infratores, sendo que a fragilidade do núcleo familiar repercute negativamente sobre a vida dos menores.

Minayo (1990) em seu estudo sobre a violência na adolescência, realizado nos municípios da Baixada Fluminense e Volta Redonda (RJ), afirma que a vítima “preferencial” de homicídio é o “jovem não-branco, pobre, sexo masculino, idade média 15-18 anos, residente nas periferias ou favelas urbanas, assassinado, geralmente, por projétil de arma de fogo e denominado ‘marginal’ nos registros policiais” (*op.cit.*, p.284). Isto nos mostra que as características destes jovens assassinados refletem a realidade

da exclusão social de uma minoria.

Estas características podem ser corroboradas através do estudo de Sant'Anna, Aerts e Lopes (2005), realizado com jovens assassinados em Porto Alegre, onde houve predominância do sexo masculino; de jovens negros e pardos, na faixa etária dos 15 aos 18 anos, com maior incidência acima dos 17 anos de idade; com baixa escolaridade e provenientes de famílias pobres, residentes em áreas com poucas condições de infra-estrutura.

Neri (2004, p.70), estudou as características dos presidiários cariocas, identificando-lhes com a “cara do jovem brasileiro: é homem, solteiro, afrodescendente, nascido na cidade, com baixa escolaridade e sem religião”, o que também nos leva a identificar nesse grupo características de minorias excluídas.

Interessante chamarmos a atenção para as características étnicas dos grupos acima, pois segundo dados do IBGE (2004), no Brasil, a população que se declarou preta⁶ e parda em 2002 constituía, respectivamente, 5,6% e 40,5% da população, sendo que os brancos representavam 53,3%. Isto nos leva a supor que a “minoría”⁷ da população é a maioria a ser atingida pelas desigualdades que levam à exclusão. Já no Rio Grande do Sul os brancos representavam 85,7%, os pretos 4,9% e os pardos 9,0%, o que também desperta a atenção para o estudo de Sant'Anna, Aerts e Lopes (2005), onde esta minoria étnica predominou entre os jovens vítimas de homicídio.

Se refletirmos sobre os achados de Minayo (1990), Sant'Anna, Aerts e Lopes (2005) e relacioná-los com o estudo de Neri (2004), veremos que as características de exclusão dos jovens assassinados são predominantemente as mesmas encontradas nos presidiários cariocas, ou seja, estão relacionadas à raça e condições sócio-econômicas, evidenciando que a questão da exclusão começa precocemente, já que estes menores (quando sobrevivem) têm chances de se tornarem adultos criminosos, mantendo assim, um ciclo de exclusão.

⁶ Para o IBGE as categorias utilizadas no quesito cor são branca, parda, preta e amarela, sendo que o entrevistado se auto-classifica em um desses grupos.

⁷ As populações amarela e indígena perfaziam, juntas, 0,6% do povo brasileiro e 0,4% da população gaúcha. Partilhando da definição de Heilborn (1996, p. 89) segundo a qual uma minoria não é composta por critérios numéricos e demográficos, mas pelo modo “como as relações sociais, expressando valores, definem a distribuição de prestígio, legitimidade e poder que organizam os vínculos entre homens e mulheres, somados a outros critérios de classificação social”. Entendemos que esta definição, além das mulheres, se aplica a outras minorias sociais.

Esta assertiva pode ser comprovada pelo estudo realizado por Carvalho et al. (2006), com 2039 detentos e detentas dos presídios cariocas. Conforme as autoras, dos apenados entrevistados, 25,4% dos homens e 20,2% das mulheres haviam sido jovens infratores, sendo que 23,3% dos homens e 12,3% das mulheres se tornaram reincidentes no crime na vida adulta. Isto comprova o ciclo de exclusão destas pessoas.

Foucault (1987), afirma que o delinqüente está sempre na essência da lei, já que a delinqüência é fabricada por um encarceramento, cujo desfecho final é a prisão. O corpo social é “treinado” através de instituições vistas como “normais”: hospitais, quartéis e escolas. Assim, “A prisão continua, sobre aqueles que lhe são confiados, um trabalho começado fora dela e exercido pela sociedade sobre cada um através de inúmeros mecanismos de disciplinas” (FOUCAULT, 1987, p.250). Entendemos que a questão da exclusão também se processa da mesma maneira, ou seja, as instâncias sociais são condicionadas a excluir aquilo que é estranho e o ciclo de exclusão social vivenciado por determinados grupos é finalizado com o encarceramento: a legitimidade da prisão.

Na América Latina, parece predominar as mesmas características das vítimas de homicídios e, por conseguinte, de violência: são jovens, do sexo masculino, com pouca escolaridade, solteiros e menos favorecidos socioeconomicamente (ABRAMOVAY et al., 2003). Estas características permitem supor que a condição de exclusão acentua a vulnerabilidade deste grupo à violência, evidenciando que os jovens estão expostos com maior intensidade aos processos de exclusão.

O entendimento da situação de **violência** em uma sociedade está relacionado a inúmeros fatores, os quais compõem uma rede, onde não se justifica, mas possibilita compreender que “O aumento da criminalidade se alimenta das desigualdades sociais, da alienação dos indivíduos, da desvalorização das normas e valores morais, do culto à força e ao machismo, do desejo do lucro fácil e da perda das referências culturais” (MINAYO, 1990, p. 290), o que nos leva a entender que esta rede diz respeito a condições individuais e coletivas, repercutindo de maneira diferenciada sobre cada sujeito, desencadeando reações que variam de pessoa para pessoa, de grupo social para grupo social, tomando dimensões assustadoras no contexto da sociedade mais ampla.

Neste mesmo sentido, Velho (1996) argumenta que os indivíduos são unidades mínimas significativas da vida social e que, na sociedade tradicional brasileira, havia uma “amistosa” relação interclasses⁸, a qual foi modificada pela ênfase no individualismo, o qual se tornou marca do cotidiano. Assim, a violência seria resultado de uma perda dos valores tradicionais os quais acompanham a desigualdade social. Assim, a perda, ou ainda, o desapego às referências, pode estar influenciando uma situação que já existia, ou seja, sempre houve desigualdade na sociedade brasileira, a diferença é que anteriormente, os valores eram encarados como algo de extrema importância e o desejo existente entre as classes sociais menos favorecidas de melhorarem e progredirem “honestamente” era mais atraente do que seguir por um caminho menos difícil, porém desonesto.

Minayo (1990), afirma que a *violência* brasileira pode ser classificada em *estrutural*, ou seja, aquela gerada no sistema social e que se constitui no fator desencadeador para as desigualdades e todos os problemas sociais, incluindo-se as discriminações de raça, sexo e idade, sendo percebida hegemonicamente como algo natural. Já a violência *revolucionária* é aquela realizada como manifesto de minorias excluídas, geralmente sob forma organizada, sendo vista como insubordinação pelos dominantes. Finalmente, a *delinqüência* é a forma de violência mais comentada pelo senso-comum, compreendendo crimes como roubo e seqüestro, não se constituindo em um fenômeno natural.

Para Abramovay et al. (2003), violência se constitui um fenômeno complexo, o qual pode ser imputado às pessoas sob diversas formas, podendo ser entendido através da multiplicidade de atos violentos que podem ser compreendidos dentro de normas e condições de diferentes contextos sociais e históricos.

Velho (1996, p.10) afirma que a “violência não se limita ao uso da força física, mas a possibilidade ou ameaça de usá-la constitui dimensão fundamental de sua natureza”. Assim, a violência não está relacionada somente ao ato físico de agressão, mas também na utilização de formas verbais de agressão⁹, bem como a violência

⁸ Para o autor esta relação interclasses seria baseada na negociação e reciprocidade, sendo que os valores seriam permanentemente negociados. A reciprocidade se refere à existência de expectativas culturais compartilhadas. A negociação da realidade a partir das diferenças das classes sociais, possui um potencial de conflito (VELHO, 1996).

⁹ Minayo (2003), cita a violência que é exercida sob a forma de discriminação e exclusão.

psicológica.

Interessante lembrar que o número de óbitos por causas externas são importantes indícios de violência, atingindo, principalmente, a população masculina jovem. Se na década de 80, as principais causas externas de óbitos estavam relacionadas à mortalidade no trânsito, na década seguinte até o ano 2000, os homicídios se revelaram como a principal causa externa de mortalidade dos jovens em idade produtiva. No ano 2000, na média brasileira, 25% dos óbitos por causas externas estavam relacionados a acidentes de trânsito, contra 38,3% gerados por homicídios. Talvez a explicação para estes índices esteja relacionada à crise econômica enfrentada pelo nosso país nas últimas décadas (IBGE, 2004).

O termo exclusão social “tem sentido temporal e espacial: um grupo social está excluído segundo determinado espaço geográfico ou em relação à estrutura e conjuntura econômica e social do país a que pertence” (GOMES e PEREIRA, 2005, p.359). Ainda afirmam que em nosso país este termo está relacionado à situação de pobreza, que expõe as pessoas deste grupo a riscos pessoais e sociais, estando “excluídas das políticas sociais básicas (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação)” (*op. cit.*), ou seja, das mínimas condições de manterem não somente sua dignidade, como também de exercerem sua cidadania.

Castel (1991, 1995 apud Feijó e Assis, 2004) afirma que à idéia de exclusão se associa um processo de desvinculação social e espacial, onde a condição do ser excluído se deve a uma evolução temporal, como resultado das mudanças na sociedade. O excluído não tem a opção de escolher a sua condição.

Abramovay et al. (2003), advertem-nos para o fato de que a violência pode estar associada à pobreza, não sendo sua consequência direta, mas sim das desigualdades sociais e da negação ao direito de acesso a meios de lazer, esporte e cultura que, na especificidade de cada grupo social, pode ter como consequência comportamentos violentos. Será que este último aspecto tem realmente este peso? É claro que, se os sujeitos possuísem acesso a estes meios, talvez não pudessem se sentir atraídos pelo crime, podendo direcionar melhor a sua “energia” e aliviar seus impulsos violentos. Contudo, será que o aspecto individual¹⁰ também não possui um peso significativo?

¹⁰ Foucault (1987, p.211), cita a figura do delinquente, o qual se diferencia do infrator por se constituir um desvio patológico da espécie humana, uma tipologia natural, desviante e anômala. A “loucura” amenizaria

Velho (1996, p. 19), afirma que a “impossibilidade de acesso da grande maioria das camadas populares a bens e valores largamente publicizados, através da mídia e da cultura de massa em geral, acirra a tensão e o ódio sociais”. O autor ainda afirma que a população pobre é vítima tanto da incapacidade do poder público, em termos de garantia de suas necessidades básicas, como também da polícia, a qual muitas vezes participa de crimes ao invés de garantir a segurança da população. Por outro lado, os jovens se sentem fascinados pelas possibilidades de prazer e satisfação em se ver em noticiários que divulgam o crime como algo vantajoso e glorioso. Estes jovens se negam a reproduzir a trajetória dos pais e avós, marcada pelo trabalho árduo e modesto. O crime se torna algo atraente, pois é a maneira menos lenta de ascensão social (naquela realidade em que vivem irão ocupar uma posição de “prestígio” na hierarquia do crime) e de adquirir bens que até então, seriam difíceis, até impossíveis de se conseguir.

Concordamos com esta análise do autor, pois para a realidade vivenciada por estes jovens, o crime compensa, já que é o meio mais eficaz de se alcançar prestígio, poder e também de se adquirir bens de consumo. É claro que esta reflexão não se aplica a todos jovens, pois é possível que muitos destes¹¹ se atraiam por realizações pessoais baseadas nos valores transmitidos pelas gerações de seus pais e avós.

Esta questão da desagregação dos valores familiares, para Demo (1998), não advém apenas da desigualdade, já que famílias de estratos sociais mais altos, também vivenciam esta problemática, porém esta desagregação se torna mais dramática nas periferias, por acentuar o já dificultoso projeto de sobrevivência familiar.

A falta de inserção no espaço social impossibilita que os menos favorecidos vislumbrem perspectivas de se aproximarem de uma sociedade na qual, apesar de se constituírem a maioria da população, são percebidos como uma “estranha” minoria, vitimizada e fragilizada por estar esquecida pelas políticas públicas, tendo que desenvolver estratégias próprias para sobreviver¹². Para Gerhardt (2003), ser pobre na

o caráter delituoso do ato. Trata-se da interpretação psiquiátrica do criminoso, o qual está “amarrado a seu delito por um feixe de fios complexos (instintos, pulsões, tendências, temperamento)”.

¹¹ Sabemos de muitos atletas e artistas que vieram de condições econômicas menos favorecedoras. Vale lembrar os indivíduos anônimos que, com muita dificuldade, lutam para melhorar a sua condição de vida.

¹² No estudo de Gerhardt (2003), foi analisado como a população de baixa renda desenvolve estratégias para o enfrentamento de suas necessidades específicas. Neste estudo, foi dado enfoque à questão da alimentação. A autora verificou que estes grupos marginalizados desenvolvem uma rede de apoio e

cidade significa procurar estratégias para garantir a sobrevivência. Interessante salientar que, apesar da maioria da população brasileira ser pobre, a minoria é violenta.

O excluído é uma pessoa sem oportunidade de inserção, desprovida de meios de se aproximar da sociedade mais ampla, sendo que a sua condição “traduz-se na falta de ganhos, de alojamento, de cuidados, de instrução, de atenção, de poder exercer a sua cidadania” (FEIJÓ e ASSIS, 2004, p. 158) afetando as suas perspectivas em relação ao futuro.

Assim, entendemos que o apenado, ao chegar no hospital provém de um ambiente caracterizado pela reclusão e controle sobre o corpo, onde se busca manter a disciplina, como forma de padronizar os sujeitos e exercer poder sobre estes. Entretanto, o ambiente exclusor é anterior à sua reclusão em um presídio, pois está marcado, em alguns casos, pelas desigualdades sociais.

Através desta perspectiva, compreendemos que as idéias de exclusão, incorporadas na sociedade brasileira¹³, ocorrem de forma semelhante ao descrito por Lefrève (1999) sobre as idéias de saúde e doença que são representadas hegemonicamente, ou seja, de que, para determinados tipos idealizados de corpo, existe determinado tipo de mercadorias. Para o autor, estas idéias se devem à incapacidade de se enfrentar os problemas e suas causas profundas.

A doença como ameaça de sofrimento, morte, dor, parece não poder deixar de ser entendida *exclusiva ou hegemonicamente* como tal, o que impede ou dificulta que ela seja também entendida como um sintoma de desequilíbrios causados por escolhas humanas individuais e/ou coletivas equivocadas. E as razões disso são de natureza profunda, isto é, sociológica, econômica e política (*op. cit.*, p. 103).

Percebemos que, de forma similar, nossa sociedade trata deste modo às minorias excluídas, pois é menos dificultoso reduzirmos um problema a uma maneira simplificada e resolúvel do que investigarmos as suas verdadeiras causas. As idéias construídas hegemonicamente a respeito de pobreza, de miséria, e, por conseguinte, de exclusão, fazem com que tratemos estes problemas como tratamos a doença na

cooperação, baseada na partilha e ajuda mútua.

¹³ Entendemos que as idéias de exclusão são construídas de maneira similar ao estigma que, segundo Santini (1998), é baseado em uma tradição cultural, passada de geração em geração. Assim, ao nos referirmos à sociedade, estaremos nos referindo à sociedade brasileira, a qual possui uma construção cultural e histórica acerca das questões relativas aos excluídos e à exclusão social.

forma de pensar de Lefrève, ou seja, de forma paliativa, onde para cada enfermidade encontramos uma gama variada de fármacos que solucionam temporariamente o transtorno que nos aflige. Do mesmo modo, para a *doença dos excluídos* há soluções passageiras, ao invés de políticas sociais articuladas e focalizadas para estes grupos.

Especificamente em relação à situação de indivíduos que enfrentam a pena privativa de liberdade, concordamos que “Qualquer crime praticado por um indivíduo atinge a coletividade, tendo em vista que se vive em sociedade. Portanto, a prática delituosa de um cidadão denota que a sociedade está doente. Infelizmente, as doenças sociais têm se proliferado e contaminado todas as camadas sociais” (PIRES, 2002, p. 32). Assim, entendemos que esta situação de exclusão vivenciada por um apenado é o sintoma de uma sociedade que está doente, necessitando de soluções urgentes, direcionadas e focalizadas, ao invés de políticas paternalistas e paliativas. A este respeito, Demo (1998, p. 16) afirma que “o debate sobre a ‘exclusão social’ tem como uma de suas maiores precariedades, a expectativa assistencialista frente à pobreza, o que leva a uma fé excessiva no Estado e à desobrigação do sistema produtivo, deturpando pela raiz os horizontes da emancipação”, sendo que as formas de inclusão assinaladas pelo autor, dentro do capitalismo, seriam a inserção laboral e a supremacia da cidadania.

As raízes desta problemática são mais profundas e, de acordo com Gomes e Pereira (2005) nas últimas décadas, o Brasil vem sendo marcado pela enorme desigualdade na distribuição de renda, a qual, somada às condições de pobreza e miséria, exclui grande parte da população das mínimas condições de dignidade e cidadania. As condições de pobreza podem ser evidenciadas quando parte da população não tem capacidade de gerar renda suficiente para manter o acesso aos recursos que garantam as mínimas condições para a manutenção da qualidade de vida.

Dentro deste contexto, é importante salientar o conceito de **vulnerabilidade**, o qual não possui uma definição específica, mas pode ser entendido como a suscetibilidade de determinado grupo. Ayres et al. (2003) afirmam que o termo vulnerabilidade pode ser entendido como o conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, relacionados a todos os indivíduos que vivem em certo conjunto de condições, expressando os seus “potenciais” de adoecimento e não adoecimento,

caracterizando a sua suscetibilidade a determinados agravos, sendo que “as pessoas não ‘são’ vulneráveis, elas ‘estão’ vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e espaço” (*op. cit.*, p.134). Assim, este conceito mantém sua ênfase nos aspectos relacionais, especialmente nos significados sociais concretos, relacionando partes - todo de determinadas situações.

Sendo o termo vulnerabilidade entendido como a suscetibilidade de determinados indivíduos, os adolescentes, idosos e populações de baixa renda se constituem grupos em situação de vulnerabilidade (SANT’ANNA, AERTS E LOPES, 2005; MINAYO, 2003; GERHARDT, 2003; GOMES E PEREIRA, 2005).

Neste estudo, será trabalhado o conceito de vulnerabilidade, pois entendemos que os sujeitos apenados podem ter experienciado situações desta natureza, as quais provavelmente constituem o pano de fundo de sua atual situação, determinando não somente a sua exclusão social, como também podendo ser um dos fatores constituintes para a sua reclusão em um presídio. Ainda, percebemos que esta reclusão pode colocar, novamente, os apenados em situação de vulnerabilidade, porém de outra natureza. Conforme Carvalho et al. (2006, p. 461), as vulnerabilidades dos presos se dão, dentre outras, através “da superlotação, da disseminação de doenças, do uso de drogas, da violência entre os internos e daquela utilizada em nome da manutenção da ordem”, o que demonstra claramente a situação vivenciada pelos detentos no interior das penitenciárias.

Meyer et al. (2006), Buchalla e Paiva (2002), concordam que as situações de vulnerabilidade dos sujeitos podem ser particularizadas por três componentes interligados: o social, o individual e o programático ou institucional. Entendemos que estes três componentes evidenciam a interação partes - todo enfatizada por Ayres et al. mantendo entre si uma relação dinâmica, a qual acontece no interior da estrutura social, sendo que, deste modo, as situações de vulnerabilidade se expressam do particular ao geral e vice-versa. Porto (2002), Palma e Mattos (2001) e Buchalla e Paiva (2002) associam o termo vulnerabilidade a um determinado grupo, não mantendo a ênfase individual.

Para Meyer et al. (2006, p.1341), o referencial de vulnerabilidade permite a “busca de um novo horizonte para situar e articular riscos, ‘causalidades’ e

‘determinações’, trazendo a saúde - assim como a possibilidade de adoecer - para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação no qual esses processos ganham sentidos singulares”. Assim, acreditamos que os sujeitos, ao mesmo tempo em que mantêm uma interação entre si, não deixam de possuir a sua singularidade e particularidade, demonstrando então que o conceito de vulnerabilidade se aplica ao coletivo e ao individual, possibilitando uma melhor compreensão da situação dos seres humanos.

Palma e Mattos (2001, p. 575-576), afirmam que o conceito de vulnerabilidade social é “todo e qualquer processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos sociais. De fato, a vulnerabilidade relaciona-se inversamente tanto com a capacidade de reação dos grupos, quando da ocorrência de um evento, quanto com a possibilidade de informação e comunicação entre os pares”. Interessante observarmos que o autor argumenta sobre a situação de um grupo, não enfatizando o aspecto individual da vulnerabilidade, fato este que provoca questionamento, pois não percebemos como possível esta situação. Importante salientarmos que o mesmo sinaliza a possibilidade de reação de um grupo quando na ocorrência de uma situação de vulnerabilidade, demonstrando que este pode não estar totalmente passivo e conformado com a situação que vivencia, possuindo um potencial de resposta ao agravo que está sofrendo.

Pettengill e Angelo (2005), também identificam que a experiência de uma situação de vulnerabilidade pode provocar no grupo (neste caso a família) um movimento positivo de resgate de sua autonomia, ou seja, uma reação à situação vivenciada.

Demo (1998, p. 37), mostra de outra forma este movimento de reação: “os excluídos nos países ricos servem pelo menos para não disputar chances de integração, embora representem preocupação evidente, seja pela via da ameaça a ordem, seja pela necessidade de recursos para a assistência”, ou seja, um grupo em situação de vulnerabilidade ainda possui um potencial de resposta, não se mostrando totalmente passivo à situação que está vivenciando.

Para outros autores como Yunes e Szymanski (2001, p. 38) o processo de

vulnerabilidade pode surgir como oposto ao conceito de proteção¹⁴, ou seja, frente a “uma situação estressora, os conceitos de proteção e vulnerabilidade podem aparecer de forma oposicional, como se fossem diferentes lados de uma mesma moeda, o que não quer dizer que *proteção* signifique *falta de vulnerabilidade*”. Este conceito, baseia-se nas contribuições da área da psicologia.

Para Porto (2002), vulnerabilidade é um termo com dimensão espaço-temporal, ou seja, os processos dos grupos em questão acontecem em diferentes escalas e momentos, com dinâmicas peculiares à natureza das interações. Ainda afirma que o conceito de vulnerabilidade é dinâmico, podendo ser considerado o *oposto* ao conceito de saúde, já que os conceitos de doença e risco seriam de natureza estática, evidenciando dimensões técnicas *restritivas* de determinados eventos de risco.

Pires (2002), realizou um estudo com mulheres encarceradas nas cidades do Rio Grande (Penitenciária Estadual de Rio Grande) e Porto Alegre (Penitenciária Feminina Madre Pelletier), a fim de analisar a situação prisional destas. Concluiu que as possibilidades de reinserção social são um dos maiores problemas enfrentados pelos ex-apenados. Entendemos que estas mulheres vivenciam situação de vulnerabilidade, pois a situação de encarceramento limita as suas potencialidades de crescimento pessoal, devido às poucas possibilidades de lazer e de trabalho dentro do presídio. Além disto, após o cumprimento da pena, carregarão o estigma de ex-presidiárias, o que diminui muito as possibilidades de levar uma vida “normal”. Conforme observado por Pires (2002), o tempo ocioso, com atividades laborais limitadas, além de não preparar o detento para a reinserção social, também influencia negativamente a sua auto-estima, pois dentro de um presídio o sujeito está cerceado de suas necessidades básicas.

Compreendemos que o conceito de vulnerabilidade é dinâmico, possuindo uma dimensão espaço-temporal, referindo-se a indivíduos e grupos sociais, podendo ser apreendido na especificidade de cada sujeito e ser alcançado na dimensão do coletivo. Assim, todos os sujeitos estão em situação de vulnerabilidade, de diversas naturezas e em diferentes escalas, possuindo um potencial de reação à situação imposta ou oposta.

Apesar do conceito de vulnerabilidade ser utilizado neste trabalho, Ayres et al.

¹⁴ “Mecanismos de proteção serão aqueles que, numa trajetória de risco, acabam por mudar o curso da vida da pessoa para um ‘final feliz’”. (YUNES E SZYMANSKI, 2001, p. 38)

(2003), advertem-nos para aplica-lo com cautela, pois podem induzir ao risco de vitimizar e tutelar os grupos vulneráveis, provocando sua discriminação, mantendo intocada uma relação onde existem vulneráveis e não – vulneráveis, eliminando as possibilidades de que todos sejam igualmente vítimas, enquanto existir a situação.

Neste mesmo sentido, Pettengill e Angelo (2005, p. 987), afirmam que esta “revela-se como condição existencial humana, pressupondo sua manifestação em diferentes graus, dependendo da situação, em todos os seres humanos”.

Portanto, entendemos que a situação de vulnerabilidade é inerente aos seres humanos, manifestando-se com maior ou menor intensidade em determinados indivíduos ou grupos. Assim, neste estudo, quando houver referência à vulnerabilidade, esta será feita com a ressalva feita pelos autores.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Dentro do processo de construção reflexivo, será importante contextualizarmos a proposta de estudo buscando a compreensão dos conceitos de processo de trabalho, reclusão, estigma e metáfora. Estes conceitos são centrais para compreendermos como se processam as relações no interior da equipe de saúde quando na situação de atendimento ao cliente apenado.

3.1 Processo de Trabalho

O trabalho é nuclear na vida de cada indivíduo se expressando pela produção deste nas estruturas materiais e sociais. Imediatamente nas estruturas materiais, “mas também em estruturas ou conjunto de ações e de relações mais propriamente sociais, como um sistema de ensino, um sistema de saúde, uma fábrica, uma empresa, ou um órgão público” (CEZAR VAZ, 1999, p.66). O agente cliente é sujeito objeto do trabalho, e o agente trabalhador é aquele que influi no primeiro, oferecendo através de suas práticas e seus saberes as condições que proporcionam a superação das suas incongruências. No trabalho em saúde estas relações se dão através de uma relação de troca, já que o cliente possui suas carências que poderão ser atendidas pelo trabalhador da saúde dos serviços de assistência.

O trabalho aproxima os indivíduos, pois “aparece como veículo de comunicação entre os homens” (CODO, 1994, p.12) e segundo o autor, em nosso trabalho também está presente o trabalho de outros trabalhadores.

Partindo da idéia de que o homem vive em constante relação com outros homens e com a natureza e, segundo Marx (1985), é através do trabalho que o homem transforma a natureza a fim de satisfazer às suas necessidades; enquanto constrói o mundo, modifica-o e se modifica; quando transforma através de seu trabalho, cria, descobre e interage com outros da sua espécie e antes de tudo, “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano

com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”(MARX, 1985, p.202). Neste sentido, a compreensão do processo de trabalho que traz em si as relações entre os homens, sejam eles agentes de saúde ou agentes clientes, é indispensável para o conhecimento do potencial positivo e criativo do trabalho.

Para Leopardi (1999 b) o trabalho em saúde é resultado de um processo de trabalho coletivo onde os sujeitos colocam em prática seus conhecimentos transformados em técnica, para interferir nos processos de saúde dos indivíduos de forma mediata ou imediata. No presente estudo, esta característica de coletividade é indispensável para compreender como os diferentes agentes trabalhadores processam suas relações com os clientes em questão.

Atualmente, o processo de trabalho nas instituições de saúde se caracteriza por uma combinação de diferenciados procedimentos que permitem a articulação entre as diferentes parcelas de trabalho com os agentes clientes (LEOPARDI, 1999 b).

Os apenados que aportam aos serviços de saúde em nível hospitalar, necessitam do processo terapêutico oferecido pela equipe de saúde, sendo que este processo se constitui dos componentes do processo de trabalho, reunidos abstratamente, e que “põe em contato os trabalhadores que produzem um serviço e os indivíduos que têm carência desse serviço e o consomem” (LEOPARDI, 1999b, p.74). Entendemos, portanto, que o processo de trabalho em saúde pode ser denominado de processo terapêutico, sendo realizado por um grupo de trabalhadores que atendem às carências de certos grupos doentes ou com risco de adoecer.

Marx (1985), diz que possuímos, no processo de trabalho, a finalidade, o objeto, o instrumento e o produto, o qual possui um valor-de-uso. Assim, é importante conhecer/adequar o processo de trabalho¹⁵ da equipe de saúde (ou seja, o processo do conjunto de ações terapêuticas), pois na perspectiva do estudo que irá ser realizado com o apenado, entendemos que:

- A finalidade se constitui a partir da necessidade social, imediatamente assumida como sendo uma carência de atenção à determinada situação de alteração orgânica
- O objeto de trabalho é a matéria-prima humana, ou seja, o sujeito cliente apenado ou

¹⁵ Formulado a partir das idéias de Marx (1985), sobre o processo de trabalho.

grupos de sujeitos internos no ambiente hospitalar;

- Os instrumentos de trabalho são os diferentes conhecimentos que representam o conjunto de saber da saúde, ou seja, as práticas dos profissionais transformadas em ações técnicas; e
- O produto final é o resultado processual da prestação da assistência pela equipe multidisciplinar, que adquire atributo para melhor ou pior dependendo do próprio trabalho coletivo.

O estudo do processo de trabalho dos profissionais de saúde no espaço institucional se constitui um meio de potencializar a construção de um novo olhar acerca da assistência prestada, possibilitando o conhecimento de algumas práticas/ações que poderão ser repensadas, obtendo-se uma melhora positiva no trabalho. A escolha de unidades de um espaço hospitalar pode ser justificada por entendermos que, neste final de século, grande parte da atenção à saúde se desenvolve em serviços de saúde institucionalizados (PIRES, 1998). Do mesmo modo, Leopardi (1999a) também afirma que o hospital se constitui o espaço institucionalizado para o cuidado da saúde.

Entendemos que a divisão do trabalho está presente no trabalho em saúde, por isto torna-se necessário realizar uma breve análise da composição da equipe de enfermagem das Unidades deste estudo. Esta escolha se deve ao fato não somente da equipe de enfermagem ser a maior em termos quantitativos, mas também por compreendermos que nesta se encontra a maior divisão do trabalho, fato este que não se observa nas outras profissões que comporam este estudo.

A equipe de enfermagem é liderada por enfermeiros, sendo dois por cada turno de trabalho, permanecendo 24 horas junto aos clientes, compondo o que Pires (1998) denominou como o grupo majoritário das profissões da área da saúde.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem das unidades deste estudo prestam cuidados integrais aos doentes, sendo a realização dos procedimentos relacionados ao cuidado dividido por ordem de complexidade das tarefas. Para Pires (1998), os cuidados integrais possibilitam que as atividades sejam realizadas no contexto da assistência, possibilitando uma visão mais global das necessidades do paciente, o que possibilita a realização de um trabalho mais criativo. Por outro lado, Pitta (1994), afirma

que esta divisão do trabalho da enfermagem promove a alienação daqueles que ficam com as atividades consideradas desqualificadas e repetitivas (técnicos e auxiliares de enfermagem), separando a concepção e execução das tarefas. Acreditamos que os cuidados integrais realmente possibilitam a realização de um trabalho mais criativo, menos alienado.

Os enfermeiros, além das atividades designadas como administrativas (referentes aos processos de gerenciamento¹⁶ da unidade) realizam as atividades de cuidado consideradas de maior complexidade, porém acreditamos que a equipe de enfermagem compartilha diferentes parcelas do mesmo processo de trabalho.

O enfermeiro promove a integração das atividades, através do gerenciamento que exerce por se constituir o detentor do saber e o controlador do processo de trabalho da enfermagem (PIRES, 1998). Também coordena o cuidado aos pacientes internados, pois garante as ações complementares que possibilitam as atividades dos demais profissionais da saúde, possuindo como elemento do seu cotidiano a interação com outros profissionais (FERRAZ, 1999). Assim, o enfermeiro gerencia o processo de trabalho da equipe de enfermagem, provendo condições para que outros profissionais realizem suas atividades.

A relevância de estudarmos o processo de trabalho da equipe multiprofissional está em entendermos que a finalidade é a mesma, o objeto é o mesmo, mas o instrumento, apesar de ser o mesmo para os diversos profissionais da saúde, diferencia-se não só na particularidade de cada sujeito trabalhador, o qual adapta-o e repadroniza-o de acordo com cada objeto, mas também na especificidade das diferentes profissões da saúde, mostrando singularidades que trazem, além da marca do trabalho individual de diferentes pessoas, as contribuições que são inerentes a cada área de conhecimento e que tornam o processo semelhante quando analisado de uma forma geral, mas específico quando observado de forma atenta. Deste modo, os distintos saberes se complementam para atingir o mesmo produto final, resultante da interação de diferentes profissionais.

Por trabalho em equipe multiprofissional, partilhamos da definição de Peduzzi

¹⁶ Gerência foi o termo que surgiu com o capitalismo industrial, quando um número considerável de trabalhadores foi empregado por um único capitalista, o qual assumiu as funções de gerente devido a sua propriedade do capital. Gerência designa, portanto, as funções de concepção, coordenação e controle (BRAVERMAN, 1987).

(1998, apud Peduzzi, 2006, p. 108): “consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

Assim, percebemos a importância de estudar o processo de trabalho com os clientes apenados, pois os mesmos se constituem no objeto de trabalho dos profissionais de saúde; objeto este que possui características que o diferem do restante da “clientela”, sendo portadores do estigma de “presidiário”. Este estigma faz com que os mesmos sejam reservados em relação a este seu “atributo”, com uma determinada classe de pessoas (sociedade mais ampla, por exemplo), mas que se exponham, na sua condição de estigmatizados, a outras e, dentre estas, os profissionais de saúde, os quais tem a sua disposição não somente as informações sobre a situação clínica do cliente, como também conhecem a condição de sua doença social.

3.2 Reclusão

Lemgruber (1996, p.71), afirma que a pena de privação da liberdade não era utilizada como punição penal, tanto na antiguidade quanto na Idade Média. Por outro lado, a autora afirma que há referências a prisões na “Grécia e Roma Antigas, no Egito, na Mesopotâmia e na Assíria”.

Foucault (1987), afirma que a punição¹⁷ para aqueles que ousavam desafiar o poder do soberano no século XVII, era o suplício do corpo: o martírio, a violência física, a crueldade friamente planejada do cerimonial da execução. O suplício era a forma de punir aqueles que ousavam cometer uma infração, não somente contra o seu próximo, mas acima de tudo contra Deus e o príncipe: o crime era contra o soberano. Os suplícios deveriam ser realizados em público, a fim de servirem como exemplo, para que outros súditos não ousassem cometer o mesmo equívoco. Além disto, visavam à expiação do pecado; o criminoso deveria sofrer a fim de obter a salvação da sua alma. Este tipo de punição continuou a ser utilizado durante o século XVIII, porém com menos frequência.

¹⁷ Além dos suplícios existiam como forma de condenação o banimento, a multa, os açoites, a roda o pelourinho, dentre outros (FOUCAULT, 1987).

A pena de detenção começou a ser utilizada entre o final do século XVIII e início do século XIX. A privação da liberdade é o castigo de uma sociedade na qual, teoricamente, todos são tratados de forma igual, ou seja, igualmente representados na defesa de seus direitos e igualmente passíveis de punição. A prisão teria como função a transformação técnica dos indivíduos, funcionando como um aparelho disciplinar. A pena da privação da liberdade tem como objetivo transformar os indivíduos de modo que os mesmos retornem úteis à sociedade, deste modo, a extensão da pena será proporcional ao tempo necessário de se corrigir o detento no decorrer de sua condenação. Foi assim que a prisão substituiu os suplícios, pois somente através da vigilância constante é possível modificar os sujeitos (FOUCAULT, 1987).

O apenado provém de uma instituição total, a qual pode ser definida como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. As prisões servem como exemplo claro disso” (GOFFMAN, 2003, p.11). Além disto, a instituição total possui uma característica física peculiar, que varia de acordo com a “intenção” de se colocar o sujeito em reclusão, podendo ter barreiras físicas tão mais rígidas quanto maior for a intenção de se limitar a relação social com o mundo exterior e evidenciar a proibição da saída do local.

Para Foucault (1987, p.199), este princípio de isolamento era empregado não somente para limitar a relação com o mundo exterior, mas também para isolar das influências que motivaram a infração, sendo que a pena deve ser “Não somente individual, mas também individualizante”, segregando o sujeito tanto do contato com o exterior, como também com o interior.

Uma prisão se caracteriza por ser um local que agrega indivíduos contra a sua vontade e possui três aspectos centrais: é um ambiente onde todas as atividades são realizadas em um mesmo local e sob a mesma autoridade; há outras pessoas em situação semelhante, as quais compartilham da rotina do outro e; as rotinas diárias são realizadas nos horários estabelecidos. Além disto, todos estão sujeitos a uma autoridade que têm controle sobre a vida do sujeito, o qual sofre a perda de sua autonomia. As cadeias e penitenciárias correspondem àquelas instituições totais

organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais, onde não importa o bem-estar das pessoas isoladas (GOFFMAN, 2003).

Entendemos que, quando estes clientes vivenciam a manifestação de uma doença biológica, são levados para fora do ambiente de uma prisão a fim de receberem tratamento. Nesta condição, além de terem experimentado a reclusão em um presídio, vivenciam a “reclusão” no espaço hospitalar. O ambiente hospitalar possui características “brandas” semelhantes àsquelas encontradas na penitenciária: reúne um certo número de pessoas, em situação semelhante (todas necessitam de tratamento para a sua doença biológica apesar das diferentes doenças), as quais estão sujeitas às regras da instituição a qual estão integradas, privadas da liberdade por períodos que variam de pessoa para pessoa. Logicamente esta reclusão, diferentemente do presídio, pode ser revogada pelo doente, o qual tem a possibilidade de solicitar a sua alta, fato este que não é vivenciado pelo apenado, o qual necessita cumprir o tratamento e retornar ao presídio.

De um modo geral, detentos, pacientes psiquiátricos e pacientes de um hospital geral vivenciam uma situação denominada “mortificação do eu”, onde é preciso desfazer-se de determinadas disposições sociais estáveis que eram experimentadas antes da internação. A separação do mundo externo é a primeiro sinal de mutilação do eu; a negação de alguns direitos civis assinala a perda de alguns papéis que desempenhava do “lado de fora”. O sujeito não mais controla os seus hábitos; necessita seguir as imposições da instituição. A aparência pessoal é modificada, o sujeito se desfaz dos seus pertences, não podendo utilizar certos objetos nem realizar determinadas ações que faria naturalmente se não estivesse internado. A perda de um sentido de segurança é normal (GOFFMAN, 2003).

Pitta (1994) afirma que adoecer também significa que o cliente é infantilizado, despojado de suas roupas e pertences, de sua responsabilidade, de sua capacidade de decidir, de refletir, de opinar. Há uma perda do controle sobre si mesmo.

Ainda, as limitações físicas mostram que o tratamento, mesmo que seja desagradável, *deve* ser seguido, a fim de se alcançar uma sensação de bem-estar (GOFFMAN, 2003). Isto mostra que o doente está sujeito a autoridade de outro, devendo realizar o que lhe é sugerido como forma de obter a tão almejada cura ou, pelo

menos, o alívio do sofrimento.

A privação da liberdade é a punição para aqueles que transgridem as normas, que ameaçam o convívio e a integridade dos sujeitos. “Os espaços fechados de reclusão seriam um instrumento de controle e um remédio para aqueles que de uma forma ou de outra perturbam a ordem interna da sociedade” (KURIYAMA, 2004, p. 39). A reclusão é a forma ideal de se esconder um problema, de afasta-lo, ao invés de buscar sua resolução.

Apesar de mais de dois séculos de sua utilização, as prisões há muito tempo vem sendo questionadas. Foucault (1987), afirma que a prisão é um duplo erro econômico, tanto pelos custos de sua organização, como pela ineficácia em diminuir as taxas de criminalidade. Ainda lembra das taxas de reincidência após o encarceramento, bem como da dificuldade de reinserção do ex-detento no espaço social.

Por outro lado, o mesmo autor afirma que “Conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa quando não inútil. E entretanto não ‘vemos’ o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução, de que não se pode abrir mão” (FOUCAULT, 1987, p.196).

A prisão é questionada como pena em casos de delitos leves, ou seja, aqueles considerados menores e não violentos. Lemgruber (1996) afirma que nestes tipos de delito, a prisão funciona como um “treinamento” para o sujeito se aprimorar em crimes de maior violência, devido à convivência com sujeitos que praticaram crimes de maior gravidade.

A questão do encarceramento é complicada. Conforme reconheceu o próprio Foucault, de que outro meio dispomos? Lemgruber (1996), defende que a pena alternativa deve ser utilizada nos delitos leves. Será que nestes casos também não ocorrerá recidiva?

A mesma autora afirma que naqueles países onde a taxa de encarceramento é elevada, não se observou a inibição da criminalidade. É claro que a construção de mais presídios não constitui a técnica ideal de repressão ao crime.

Em nosso país, o custo mensal de manutenção de um apenado, em regime de privação de liberdade é de 05 (cinco) salários mínimos, em média (LEMGRUBER, 1996). Será que os contribuintes estarão dispostos a custear a estadia de um apenado

condenado por delito leve se souberem destes valores?

É importante salientarmos que o sujeito apenado, estando recluso fica impossibilitado de ajudar na manutenção econômica de sua família. Em uma simulação realizada no estudo de Neri (2004), consideradas inúmeras variáveis (dentre elas escolaridade, idade), as chances de um presidiário carioca gerar renda para si e sua família, se estivesse ocupado, seria de obter, em média, 337,00 reais, o que, segundo o autor é pouco mais da metade da renda carioca (600,00 reais) e 30% menor que a estimada para desempregados (483,00 reais). Assim, a prisão “fabrica indiretamente delinqüentes, ao fazer cair na miséria a família do detento” (FOUCAULT, 1987, p.223).

A fim, não de encerrar a discussão, mas de propor novos questionamentos, trazemos a alternativa proposta por Lemgruber (1996, p.81), de que se combata à criminalidade, acima de tudo, com o atendimento das “necessidades básicas da população: com programas sociais, de profissionalização da força de trabalho e geração de empregos”. A nosso ver, somente estas alternativas não dão conta de atender aos vários tipos de crimes e formas de delinqüência que afligem a nossa sociedade. Estas medidas podem ser eficazes nos casos de crimes não violentos. Pensamos que em alguns casos, talvez o encarceramento seja a estratégia de melhor resolatividade, pois conforme nos lembra Foucault (1987), ainda não obtivemos uma solução substitutiva adequada ao encarceramento, apesar de sabermos que esta técnica não prepara o detento para a reinserção social, tampouco permite que o tempo ocioso dos mesmos seja utilizado de uma forma positiva.

3.3 Estigma

O termo estigma foi criado pelos gregos para se referir a sinais corporais feitos com cortes ou fogo no corpo e serviam para advertir sobre o status moral de quem os portava, identificando um escravo, criminoso ou traidor “uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos” (GOFFMAN, 1988, p.11).

Segundo Foucault (1987), a utilização dos suplícios como forma de punição tinha

como objetivo marcar a vítima: tanto pela cicatriz que deixava em seu corpo (geralmente no rosto ou ombro), ou ainda, por ser o corpo o objeto do ritual que simbolizava o poder de punir (esquartejamento, amputação).

Parece que na modernidade os presos continuam a ser marcados, ainda que de forma diferenciada da antiga sociedade grega, porém mantendo toda a significação de exclusão e imoralidade daquela época. Na atualidade, as marcas são feitas pela sociedade, que exclui aqueles membros considerados indesejáveis, imputando a estes uma punição silenciosa, mas que lhes lembra que não são aceitos ou bem vindos no convívio social.

Goffman (1988) destaca três tipos de estigma, sendo que naqueles relacionados às culpas de caráter individual se inserem os que são identificados à reclusão em uma instituição total, portanto se referem aos apenados.

Ainda diz que a sociedade estabelece os meios de categorizar os indivíduos e o total de atributos considerados como comuns aos membros de cada categoria, sendo que os ambientes sociais determinam quais indivíduos podem ser neles encontrados. Assim, aquele que não possui os atributos de uma determinada categoria não está de acordo com o esperado, devendo ser excluído, ainda mais se não está adequado a determinado ambiente social. O próprio sujeito deve possuir este senso crítico, de se retirar daquele local que não é apropriado para ele. O estigmatizado poderia ter sido aceito nas relações sociais, porém possui um atributo de cunho negativo que se sobrepõe aos outros que possui (*op. cit.*).

Aquele que possui atributos que não são considerados adequados pela sociedade é visto como diferente de seus pares e por isto, fonte de descrédito já que estes “atributos inadequados” vão ser usados para se referir ao indivíduo de maneira depreciativa, pois segundo Goffman (1988) estigma faz referência a um atributo profundamente depreciativo, o que explica seu potencial exclutor. O estigma diz respeito a atributos de cunho físico, patológico ou moral, ou seja, tudo que é diferente, estando fora dos “padrões socialmente aceitáveis”.

Foucault (1987), também assinalava esta segregação devido a um atributo negativo. Para ele, os ex-detentos eram recusados quando retornavam a sociedade, pois eram portadores desta qualidade de presidiários.

Santini (1998), estudou o fenômeno social do estigma ligado à hanseníase. Percebeu que as famílias sofrem o mesmo estigma dos doentes, pois a doença, existente desde os tempos bíblicos, é carregada de uma simbologia extremamente negativa e estigmatizante. O estigma, não só é um determinante da problemática da hanseníase, pois não permite a sua desmistificação, como também está incorporado na cultura da sociedade, permanecendo um estereótipo fundado na falta de informação das pessoas. A autora identificou que a exclusão e a autodepreciação social fazem parte do processo de estigmatização do paciente portador de hanseníase.

Os grupos estigmatizados são vistos como fonte de perigo e não como resultado da falta de oportunidade e exclusão de minorias. “A sociedade contemporânea trata de uma forma bem característica seus marginais. Por meio de asilos, albergues e prisões... que se constituem enquanto espaços destinados pelo estado para o ‘tratamento’ ou o controle do mal, ou seja, a simples existência destes segmentos sociais marginalizados” (KURIYAMA, 2004, p.111).

Os criminosos e outras figuras menos referenciadas, mas também estigmatizadas, são as pessoas “consideradas engajadas numa espécie de negação coletiva da ordem social. Elas são percebidas como incapazes de usar as oportunidades disponíveis para o progresso nos vários caminhos aprovados pela sociedade (...) falta-lhes moralidade; elas representam defeitos nos esquemas motivacionais da sociedade” (GOFFMAN, 1988, p.155), o que evidencia que produzimos e reproduzimos socialmente que os estigmatizados não aceitaram as oportunidades que lhes foram oferecidas e não o inverso, ou seja, que sua condição de exclusão resulta da sua falta de inserção social. Acreditamos que este discurso também esteja incorporado junto aos profissionais da saúde, contribuindo para a construção de relações metafóricas e estigmatizantes em situações de assistência com o paciente apenado.

3.4 Metáfora

É possível apreender que as idéias de estigma podem aparecer em formas metafóricas ligadas diretamente ao sentido negativo de exclusão contribuindo para afastarmos, excluirmos e desacreditarmos os portadores daqueles atributos que não aceitamos ou não nos agradamos.

As relações doenças/doentes/metáforas são socialmente construídas, ou seja, a doença, o doente e suas conotações são socialmente produzidos e reproduzidos o que indica que “Toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença com o próprio mal, uma doença que torne culpadas as suas ‘vítimas’; porém é difícil obcecarse por mais de uma” (SONTAG, 1989, p.20). O apenado compõe uma comunidade de párias, que deve ser mantida afastada, mistificada, metaforizada, e recebe uma condenação moral ainda mais severa, pois a sua doença biológica pode ser vista como uma metáfora de castigo para sua doença social.

Esta doença social é reforçada quando, ao recebermos um cliente apenado, percebemos que ele possui um atributo moral que o desqualifica, principalmente pelo fato de sabermos que o mesmo provém de um lugar negado, ou seja, uma instituição total, um lugar onde ficam reclusos aqueles indivíduos que oferecem um risco, que representam perigo e que podem nos causar mal.

O fenômeno biológico da doença pode gerar outros fenômenos como o estigma que, inevitavelmente, leva a produção de metáforas, as quais podem gerar processos de exclusão. Para Lefèvre, ser doente é a associação mais forte que uma pessoa pode ter com uma doença, pois a mesma não somente confere uma qualificação (evidentemente negativa), como também se torna uma forma de identificação, onde o indivíduo passa a representar e concretizar *uma doença*, perdendo sua identidade para manifestar uma enfermidade (*op. cit.*, 1999).

Assim como “ser doente significa, inequivocamente, um estado permanente do indivíduo” (LEFÈVRE, 1999, p. 50), uma doença social como ser preso ou ex-presidiário caracteriza um contágio moral derivado de uma situação, a qual, mesmo que não esteja presente, evoca o estigma para com o sujeito que a vivenciou.

O estigma despersonaliza o sujeito, o qual passa a ser identificado através de

seu atributo e não de sua totalidade enquanto ser humano. Lefèvre (1999) identificou esta situação no que diz respeito à relação estabelecida através das palavras que os indivíduos utilizam diariamente para qualificar saúde e doença. Percebeu que existe uma forte relação, inscrita na língua que “faz parte do *conjunto de fatores produtores dos efeitos sociais de estigmatização ligados a doenças*” (op. cit., p. 50), sendo que a pessoa passa a ser identificada através das características consideradas socialmente negativas e depreciativas.

Sontag (1984) diz que duas doenças, o câncer e a tuberculose foram especialmente sobrecarregadas com ornamentos de metáforas, fazendo com que não fossem tratadas somente como doenças, mas como um uma maldição ou destruidores invencíveis. Deste modo, o câncer recebeu inúmeras metáforas como uma “longa enfermidade”, onde “partes do corpo são comidas” condenando o doente a uma morte dolorosa, caracterizando-se por ser uma enfermidade cruel e furtiva. Evidenciava seu caráter vergonhoso, pois diferentemente da tuberculose, estava relacionada a “partes mais embaraçosas do corpo” (aparelho genital e digestivo, por exemplo). Já a tuberculose, atingia os pulmões (parte superior do corpo, pois o ar é vida) representava a doença que não batia à porta antes de entrar, “a ladra de vidas”, insidiosa “peste branca”, que consumia o indivíduo. Recebeu muitas metáforas, sendo a doença dos boêmios, dos artistas, das jovens contrariadas de seus amores bem como dos resignados, dos pobres privados de alimentação e conforto. Quando foi identificada sua transmissibilidade, foi motivo de exclusão e reclusão dos doentes em sanatórios para tratamento. Ambas, não deveriam ser pronunciadas, pois este fato poderia agravar o estado dos doentes. Nos dois casos, as doenças serviram como forma de exclusão, não só devido ao caráter de contágio da tuberculose, mas, no caso do câncer, o paciente era percebido como um condenado, portador de uma doença “de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos” (SONTAG, 1984, p.13).

Irala et al. (2000), estudaram as metáforas identificadas pelos pacientes acometidos de tuberculose, na especificidade de sua associação com a AIDS, como significativas a sua produção de saúde. Em sua análise identificaram metáforas positivas e negativas, sendo que, dentre aquelas negativas, constataram que as mistificações e desinformação acerca das doenças (especialmente as que não

possuem uma cura biológica conhecida) provocam a exclusão do doente do convívio social, pelo fato das pessoas temerem o contágio.

Cezar Vaz et al. (2001) estudaram o conteúdo metafórico presente em uma rede de relações produzidas por uma doença do corpo biológico em sua dimensão social, (tuberculose na especificidade de sua associação com a AIDS), evidenciando as formas de enfrentamento dos processos de viver e adoecer. Abordaram as associações das doenças com a morte, demonstrando a produção de metáforas e relações estigmatizantes, as quais contribuem para a exclusão dos doentes.

4. PROCESSO METODOLÓGICO

O processo metodológico revela o caminho percorrido para a realização deste estudo. Deste modo, será apresentado o local onde a pesquisa foi realizada, seus sujeitos bem como se procedeu para coletarmos os dados e analisá-los.

Assim, esta é uma pesquisa de cunho exploratório, com abordagem sócio-histórica na dimensão dialética, portanto uma **pesquisa qualitativa**.

Segundo Minayo (1993), a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer, considerando-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência de informações, sendo que não se desprezam aquelas diferenciadas, as quais devem ser levadas em conta. Além disto, numa amostragem qualitativa, o conjunto de informantes deve ser diversificado, a fim de se apreender semelhanças e diferenças. Por fim, neste tipo de amostragem, o local e o grupo escolhido devem conter um conjunto de experiências que se pretende objetivar com a pesquisa.

A pesquisa foi realizada em uma instituição hospitalar pública, ou seja, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet de Corrêa Jr. As unidades onde se processou o trabalho foram aquelas que prestam assistência ao cliente adulto, caracterizando-se as unidades onde os presos aportam com maior frequência e onde são atendidos pela equipe multidisciplinar. Estas unidades correspondem às unidades de clínica médica, cirúrgica e ainda o Hospital Dia.

A **unidade de clínica médica** deste estudo é composta por 47 leitos; destes, 02 constituem leitos de isolamento, atendendo a pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), adultos e portadores de patologias clínicas. Esta unidade conta em sua equipe de enfermagem com 08 enfermeiros, 24 auxiliares e 06 técnicos de enfermagem, distribuídos nos três turnos de trabalho.

A **unidade de clínica cirúrgica** é composta por 42 leitos, não dispondo de leitos para isolamento; atende pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), adultos e que necessitam de tratamento cirúrgico, estando em situação de pré ou pós-operatório. A equipe de enfermagem desta unidade possui 05 enfermeiros, 24 auxiliares

e 06 técnicos de enfermagem, distribuídos nos três turnos de trabalho.

Nas duas unidades os pacientes permanecem com um acompanhante durante o período de internação, sendo liberadas visitas pelo período de uma hora, tanto no turno da manhã quanto no turno da tarde.

Ainda, nestas unidades, os profissionais não contam com equipamentos sofisticados para a realização da assistência. Esta organização se assemelha aos achados de Pires (1998) quando estudou unidades de clínica onde se presta atendimento geral a adultos, sem dependência de equipamentos de tecnologia de ponta.

O **Hospital Dia** recebe clientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), portadores de HIV ou SIDA¹⁸ e que estão realizando tratamento antiretroviral. Os clientes não somente recebem a medicação, como também realizam consulta médica para acompanhamento. A equipe de enfermagem é composta por um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem.

Além da equipe de enfermagem, compõem o grupo de trabalhadores destas unidades, os médicos, médicos residentes, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos em laboratório, bem como todas as pessoas que possibilitam a realização da assistência pela equipe de saúde, definidos por Pires (1998) como o grupo diversificado de trabalhadores que desempenham atividades que não são específicas do trabalho em saúde, mas que realizam as “atividades de apoio” importantes para o funcionamento da instituição, estando neste grupo o pessoal da limpeza, trabalhadores de escritório, o pessoal da cozinha, etc.

Os **sujeitos** da pesquisa foram os componentes da equipe de saúde, incluindo a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), médicos, fisioterapeutas e nutricionistas. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, ou seja, quando se chegava até a unidade, perguntava-se se havia interesse em participar do estudo, explicando-se os objetivos, riscos e benefícios do mesmo, bem como o esclarecimento quanto à possibilidade de declinar a participação, se assim desejasse. A entrevista foi agendada conforme a disponibilidade dos mesmos, sendo confirmada previamente via telefone e, no caso do profissional não ter disponibilidade para atender

¹⁸ HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana e SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

no momento, devido a intercorrências na unidade, o retorno em outra ocasião ou a decisão da pesquisadora ficar aguardando ficava a cargo dos entrevistados.

Muitas vezes, os próprios profissionais sugeriam outro “colega” para participar da pesquisa, os quais sabiam ter tido contato com o paciente apenado. Esta sugestão era extremamente valiosa, pois assegurava uma melhor aproximação dos sujeitos da pesquisa, já que havia sido realizada uma “ponte” entre a pesquisadora e os mesmos.

No caso dos profissionais que, diferentemente da enfermagem, não ficam “fixos” na unidade (médicos, fisioterapeutas e nutricionistas), o contato era feito conforme o local que a equipe de enfermagem indicava como provável para encontrá-los. As nutricionistas possuem uma sala própria, com secretária, no interior do hospital; caso estivessem realizando a visita diária aos doentes, a pesquisadora ficava aguardando na referida sala até o seu retorno, o qual foi facilitado pela secretária que colaborava na tentativa de localizar as referidas profissionais.

Já no caso das fisioterapeutas, as mesmas possuem uma sala no interior do hospital, porém sem secretária. Como também ficam no interior da instituição hospitalar, realizando seu trabalho junto ao leito dos clientes, foi necessário ficar aguardando o seu retorno, porém do lado de fora da sala.

Os médicos que participaram da pesquisa foram os residentes da unidade de clínica médica e Hospital Dia. Apesar de possuírem uma sala no interior do hospital, também ficam assistindo aos pacientes tanto dentro da instituição hospitalar, como até fora dela, acompanhando os mesmos em exames fora da instituição. Os médicos da clínica cirúrgica foi “difícil” encontrar, pois geralmente estavam no interior do centro cirúrgico. Estes médicos realizam visitas diárias aos seus pacientes, porém a dificuldade estava em haver a compatibilidade de estarmos ao mesmo tempo na unidade do estudo, neste caso, na unidade de clínica cirúrgica.

Assim, obtivemos entrevistas com 11 (onze) enfermeiros, 03 (três) auxiliares de enfermagem, 01 (um) técnico de enfermagem, 03 (três) médicos, 02 (duas) nutricionistas e 03 (três) fisioterapeutas, número total destas últimas no hospital estudado. A escolha da equipe multidisciplinar se justifica por entender que estes sujeitos se tornam “agentes do trabalho no controle de determinada enfermidade e suas práticas se distinguem por suas especialidades, pela natureza peculiar de seu(s)

objeto(s) e por suas tecnologias” (CEZAR VAZ, 1999, p.68).

A **coleta de dados** foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas gravadas. A entrevista faz parte da “relação mais formal do trabalho de campo em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da FALA dos atores sociais” (MINAYO, 1993, p.107). Entrevista semi-estruturada diz respeito à combinação entre perguntas fechadas e abertas, “onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador” (*op. cit.*, p. 108). Esta técnica é muito útil, pois através dela se obtém a linguagem/fala utilizada pelos indivíduos entrevistados no meio em que vivem, sendo que esta expressa crenças, valores, atitudes e opiniões, os quais, neste estudo se traduziram em sentidos/significados metafóricos e estigmatizantes. A entrevista mostra as “condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos” através de um inter-locutor que transmite as “representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (MINAYO, 1993, p.109-110) revelando dados cuja natureza se refere diretamente ao indivíduo, sendo denominados por alguns cientistas sociais como “subjativos”. Também lembra que, além da entrevista ser uma situação de interação social, há possibilidade das informações dadas pelo sujeito serem afetadas pela natureza de sua relação com o entrevistador. A fim de serem amenizados problemas desta natureza, já que a pesquisadora também é da área da saúde, foram explicados exaustivamente os objetivos do estudo, de maneira que não houvesse prejuízos aos dados coletados; além disto a inserção do referencial teórico de base possibilitou o afastamento da pesquisadora com referência ao objeto do estudo, mesmo que esta tivesse a mesma natureza humana e profissional que o entrevistado.

Utilizamos como instrumento um roteiro (Apêndice 1), o qual possui poucas questões e visou conhecer a concepção dos atores sociais. Especificamente o roteiro da entrevista deste estudo, contém questões que tentam compreender o processo de trabalho do profissional com o detento, visualizando não somente a relação destes, como também a sua interação com a instituição, a sociedade, entendendo-os como seres histórico-sociais. Assim, o roteiro possuía relação com as questões que se pretendiam abordar no campo de investigação, sendo as perguntas formuladas do particular para o geral, ou seja, daquela situação específica do apenado com o

profissional da saúde, a unidade, a instituição de saúde até o contexto social.

Devido ao tempo que demandaria, não pudemos utilizar a observação simples como técnica de coleta de dados deste estudo, já que, para obtermos dados consistentes precisaríamos de um tempo extenso, o qual não tínhamos possibilidade em dispor. Acreditamos que a sua não utilização, não acarretou prejuízos aos objetivos do estudo, pois os mesmos puderam ser contemplados através das entrevistas.

Na fase de coleta dos dados, com permissão dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, as quais foram posteriormente numeradas e transcritas manualmente, seguindo-se a análise dos seus significados principais, ou seja, significados metafóricos positivos e negativos.

A **análise dos dados** foi realizada através da perspectiva hermenêutica dialética, a qual representa um caminho do pensamento, onde a hermenêutica busca compreender o sentido da comunicação entre os seres humanos, sendo que a linguagem do homem em seu cotidiano constitui o núcleo central da comunicação (GADAMER, 1987 apud MINAYO, 1993). O foco está em compreender as condições diárias da vida, a compreensão está orientada para um consenso entre o sujeito em estudo e o pesquisador. A historicidade dos sujeitos está presente todo o tempo. A hermenêutica busca entender o texto em si mesmo, procurando identificar o sentido que vem do passado, introduzindo-se na cultura de um grupo determinado no tempo presente, envolvendo ao mesmo tempo o ser que compreende e aquilo que é compreendido. Assim, houve um movimento de compreensão do sentido metafórico e estigmatizante expresso na fala dos atores sociais.

Na concepção dialética, a tradição cultural expressa na linguagem está marcada pelas relações de poder e trabalho. A dialética enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido, dirigindo-se contra seu tempo. Para Minayo “A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o *texto*, a *fala*, o *depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico” (MINAYO, 1993, p.227).

Assim, as metáforas representam a forma que os sujeitos sócio-históricos “lêem” a sua realidade em determinado momento histórico. Através da perspectiva

hermenêutica buscamos compreender os sentidos das palavras em si mesmo, ou seja, os significados contidos na fala e que possuem uma construção que vem de um momento anterior. A perspectiva dialética propiciou que interpretássemos estas mesmas metáforas num contexto maior, entendendo o seu significado através de um olhar de fora para dentro, tornando a relacioná-lo ao seu contexto inicial. Portanto, a união das perspectivas hermenêutica e dialética proporcionou a compreensão acerca dos significados das metáforas, possibilitando a sua interpretação através do contexto sócio-histórico do trabalho da equipe de saúde com o sujeito apenado. Deste modo, pudemos analisar o uso de metáforas positivas e negativas.

5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Com referência aos aspectos éticos da pesquisa, em consonância com a resolução 196/96, foi solicitada aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS-FURG e parecer de concordância da instituição hospitalar envolvida no estudo (Apêndice 2 - Hospital Universitário Dr. Miguel Riet de Corrêa Jr.). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número 23116.007514/2005-15, em 1º de dezembro de 2005.

Esta pesquisa não trouxe riscos para a integridade física do participante, porém os **riscos** que poderiam advir do estudo estavam relacionados à possibilidade de serem despertados sentimentos e recordações desagradáveis que poderiam trazer algum desconforto ao sujeito da pesquisa. Neste caso, foi assegurado ao indivíduo o direito de não mais participar do estudo, caso assim o desejasse. Os **benefícios** estavam relacionados às possibilidades de melhor conhecermos como a equipe de saúde realiza o cuidado ao cliente apenado, possibilitando uma oportunidade de melhorarmos a assistência, trazendo benefícios ao doente e ao profissional, por detectarmos aqueles elementos que necessitam ser melhorados e enfatizarmos aqueles que estão adequados.

Os pesquisadores se responsabilizaram por todas as atividades realizadas nas diferentes etapas do projeto, mantendo o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos produtos de divulgação.

O critério de encerramento e suspensão da pesquisa seria a recusa da participação por parte da instituição envolvida, fato este que não ocorreu, pois a autorização foi obtida. Não houve recusa por parte dos sujeitos da pesquisa: aqueles que foi mantido contato concordaram em participar. Em somente um caso, após ser realizado o convite, percebeu-se que a profissional não estava disposta em participar do estudo, neste caso, a pesquisadora não insistiu.

Quanto às **instalações**, a pesquisa foi realizada no interior do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet de Corrêa Jr., nas unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e

Hospital Dia. As entrevistas foram realizadas no horário agendado com os participantes, no interior do Hospital, nas salas da enfermagem de cada unidade, ou no espaço que, por conhecer a dinâmica da unidade o profissional escolhia (como a copa, um quarto vago, a sala do serviço de nutrição ou fisioterapia, por exemplo).

Os **resultados da pesquisa** serão tornados públicos, sendo realizadas apresentações em seminários e congressos, bem como a publicação em periódicos. Além disto, realizaremos a divulgação dos resultados da pesquisa, não somente para a instituição, como também será realizado o retorno aos sujeitos que participaram do estudo.

Quanto aos **materiais** utilizados na coleta dados e os **dados** coletados/obtidos, se constituem no conteúdo transcrito das entrevistas, o qual ficará à disposição dos participantes, sendo que as fitas cassetes utilizadas para gravação das entrevistas, bem como suas transcrições, serão guardadas por um período de 05 (cinco) anos. As fitas foram manipuladas e utilizadas somente pela autora do projeto, a fim de realizar a transcrição do seu conteúdo. As transcrições das entrevistas foram analisadas, além da autora, pelas professoras orientadora e co-orientadora. As entrevistas foram transcritas, sendo identificadas por um código, sendo este, letras do alfabeto em ordem seqüencial por categoria profissional, por exemplo, enfermeiro a, enfermeiro b e assim sucessivamente até contemplar o total de profissionais entrevistados de cada categoria. Este procedimento foi adotado de forma a garantir o anonimato dos sujeitos participantes.

Com relação aos **sujeitos** do estudo foi utilizado um termo de **consentimento livre e esclarecido** (Apêndice 3), no qual consta o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, a estratégia de implementação e o modo de inserção do sujeito no processo da pesquisa. O referido termo foi elaborado em duas vias, em linguagem acessível, onde foi garantido ao sujeito o direito de declinar da sua participação no momento que achasse conveniente. Como se trata de um estudo que não envolve riscos diretos a integridade física dos sujeitos, esse aspecto foi explicado e enfatizado.

DOCUMENTOS QUE CONSTARAM NO PROCESSO DE CONSONÂNCIA ÉTICA:

- 1) Aprovação da instituição envolvida; e
- 2) Modelo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos que participaram do estudo.

6. CONHECENDO OS DIFERENTES SENTIDOS METAFÓRICOS REPRESENTADOS PELO SUJEITO APENADO NO CONTEXTO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Como já foi apresentado, o sujeito apenado faz parte de uma categoria de excluídos, os quais trazem consigo a marca do estigma social. Estes mesmos indivíduos “deslocam” para o interior do ambiente hospitalar uma situação diferente, ou seja, a concretização de uma forma de violência, a representação do mal, do negado, do indesejado. Neste sentido, é importante tentarmos conhecer as situações metafóricas desencadeadas pela presença deste objeto estranho neste ambiente; objeto este não no sentido de sua coisificação, mas sim na sua importância como matéria-prima humana da área da saúde, sobre a qual os profissionais utilizam seus instrumentos com vistas a alcançar uma finalidade que é a ação terapêutica. Deste modo, os sentidos metafóricos gerados conjuntamente com o sentido de ser humano são: o sentimento antagônico, entre o paciente e o “criminoso”, a docilidade, os símbolos de estigma (escolta, algemas e tatuagens), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, vulnerabilidade e compaixão.

6.1 Ser humano/ Cuidado universal

Os sujeitos apenados, apesar de sua condição social, também compõem um grupo de clientes/pacientes sobre os quais os profissionais irão utilizar os seus instrumentos com a finalidade de obter a “cura”; em princípio a cura de um estado patológico, a doença em nível biológico. Os apenados, como qualquer paciente, apresentam a necessidade de restabelecer as suas normas fisiológicas, sendo que para alcançarem este objetivo podem necessitar da ação dos profissionais de saúde. Segundo Canguilhem (1995, p.133), “as normas fisiológicas definem não tanto uma natureza humana mas, sobretudo hábitos humanos relacionados com os gêneros de vida e os ritmos de vida”. Interessante contextualizarmos este comentário na situação específica de sujeitos privados de liberdade, cerceados não somente desta, mas também limitados em um gênero e ritmo de vida que, anteriormente, era realizado com

maior autonomia. De acordo com este mesmo autor, é o próprio indivíduo, tomado em sua polaridade dinâmica que define o momento em que começou a sua doença, tomando-o sempre como ponto de referência, ou seja, é o “doente” que sabe o momento em que houve uma alteração na relação entre o seu organismo e o meio. Apesar de entendermos o meio em que vive um indivíduo privado de liberdade como precário, para dizer o mínimo.

Especialmente no caso dos sujeitos apenados, a situação de adoecimento é delicada, já que os indivíduos que aportam ao serviço hospitalar provêm de uma penitenciária. Se levarmos em conta as afirmativas de Canguilhem descritas acima, sendo que o apenado por sua situação é um estigmatizado e, por isto, o “efeito de descrédito” (GOFFMAN, 1988, p.12) que recai sobre o mesmo é muito grande; o simples fato dele afirmar que sente uma alteração em seu estado fisiológico, pode ser percebido com certa desconfiança. Apesar do estigma que “marca” estes sujeitos, não devemos esquecer de um fato inegável: a condição básica destes homens e mulheres, ou seja, a sua *humanidade*. Seres humanos adoecem e apenados são seres humanos. Esta é uma constatação óbvia e, neste particular, universal.

Castiel (1994, p. 185) afirma que,

não há correspondência entre o registro organísmico, resultante da ótica biológica reducionista, e o registro individual/psicossômico, de modo a diminuir a alienação que o sujeito sofre em relação a seu corpo e, assim, ampliando a dimensão humana. Médicos, via de regra, diagnosticam e tratam doenças, que costumam ser encaradas independentemente da subjetividade do ‘paciente’, aparentes nas alterações de estrutura e função.

Assim, a subjetividade de todo e qualquer paciente deve ser levada em conta, de modo a não tentarmos adequar o doente a uma doença, mas sim relacionarmos o doente e todas aquelas condições que o circundam ao seu processo saúde/doença. Castiel (1994) denomina de multiplicidade a esta diversidade de fenômenos que se referem ao humano, bem como ao modo restrito que a diversidade é representada no processo saúde/doença.

A diversidade de fenômenos referentes aos apenados, por si só, é capaz de estabelecer uma rede de fatores que podem explicar seu processo saúde/doença. Conforme já foi comentado, a possibilidade de processos de exclusão, anteriores à reclusão em um presídio, bem como o próprio fator da reclusão, somados ao que

podemos denominar de características individuais, possibilitam uma conexão interessante para explicar as alterações em nível orgânico e aquilo que o indivíduo exprime como alteração. Assim, “o processo saúde-doença em nível individual tem características peculiares” (CASTIEL, 1994, p.163); isto quer dizer que a distribuição da doença e a vulnerabilidade individual não são fatores dependentes, ou seja, a ocorrência difere da incidência.

Apesar de muitas vezes os profissionais ficarem limitados a uma ótica reducionista, para avaliar e tratar um paciente/cliente, é possível verificarmos que os mesmos transcendem aquela condição estigmatizante do indivíduo, identificando neste a sua humanidade e, portanto, a necessidade que possui de receber o tratamento da equipe de saúde.

Entendemos que a assistência prestada pela equipe multiprofissional é algo extensivo a todos pacientes/clientes, demonstrando que, acima de tudo é o ser humano que necessita do atendimento, independente de fatores de qualquer outra natureza. O sentido da metáfora *ser humano* exprime a aproximação e identificação do profissional com o *outro*, abstraindo, durante o momento da assistência a condição social do detento. Para Arendt (1993, p.194), todas as definições de ser humano são “determinações ou interpretações do *que* o homem é, portanto, de qualidades que ele possa ter em comum com outros seres vivos, enquanto sua diferença específica teria que ser encontrada determinando-se que tipo de ‘quem’ ele é”. Como poderá ser verificado nos depoimentos a seguir, mesmo que os profissionais identifiquem no detento o *que* ele também é, ou seja, alguém que cometeu um crime contra a sociedade, conseguem identificar que, a qualidade em comum que possuem, conforme já foi dito anteriormente, é sua humanidade. Evidentemente é quase impossível, no caso da área da saúde, sabermos que tipo de *quem* são todos aqueles pacientes que nós atendemos. A seguir, apresentamos trechos das entrevistas que ilustram o sentido da metáfora da humanidade existente no processo de trabalho:

“Então hoje eu consigo ver esse paciente, ele é apenado, ele cometeu algum tipo de infração que levou ele para dentro do presídio, mas aqui dentro ele é um ser humano normal¹⁹ para mim hoje. Então eu tento atender ele como atenderia qualquer pessoa que vem lá do S.P.A (Serviço de Pronto Atendimento), que vem direto da rua, para dentro do hospital receber o tratamento”. (ENFERMEIRO- A)

“Eu acho que eu não preciso ficar sabendo o que ele fez, o que ele não fez, eu acho que a minha assistência tem que ser independente se ele matou, se ele estuprou, se ele...eu acho que é por isso que eu realmente não procuro... procuro saber, eu acho que é uma maneira de eu não ter uma maneira de tratamento, assim, eu acho que eu tenho que continuar assim. Fez, está preso, está pagando por alguma coisa que ele fez, e eu estou aqui, estou recebendo o meu salário para prestar aquela assistência, seja ele, o que ele tiver feito” (ENFERMEIRO- B)

“(...) porque eu acho que independente do que ele seja, do que ele tenha feito, e coisa ele tem necessidade como qualquer ser humano, de carinho, de coisa”. (ENFERMEIRO-C)

“(...) em relação aos cuidados, ao restante dos cuidados e a parte de humanização acredito que não precise ser diferenciado, eu preciso trabalhar mais com isso. Eu ainda não tenho e pretendo nunca, ter essa diferença de um preso para outro paciente qualquer.” (ENFERMEIRO - E)

“(...) nós tivemos uma paciente aqui por muitos anos (...) e morreu aqui conosco e ela era uma paciente que deveria estar presa, mas nunca foi, porque era uma paciente que não se cuidava, não tinha condições, então nós tínhamos que trocá-la... então ela sempre ficou conosco e a história, do fato dela ter ficado presa assim era uma coisa muito triste, muito agressiva é uma coisa assim em que choca quando a gente... eu nem vou falar...que choca assim da gente saber que ela foi capaz de fazer aquilo, mas mesmo assim, sabendo disso, era uma paciente que tinha cuidado normal, em até alguma situações, não por ser presidiária ou apenada, mas por tanto tempo estar aqui conosco eu me lembro assim de ver um bife porque ela pediu, alguém se preocupando porque ela está de aniversário, botar balão, então se preocupando com a pessoa, porque se for levar o fato em consideração ao que ela fez é uma coisa assim de repúdio, mas que a gente nunca manifestou isso em função de que foi tratada como paciente (...)” (ENFERMEIRO - J)

“Acho que é um paciente em primeiro lugar, antes de ser presidiário ele é um paciente”. (ENFERMEIRO- G)

“Eu não lembro de ter tido uma reação diferente, pelo fato dele ser presidiário de estar lidando com um presidiário do que um paciente que não fosse presidiário. Eu não lembro de reações diferentes mesmo porque eu sempre procuro colocar desde a primeira vez que a gente atendeu um presidiário, eu procuro focar que, antes de ser presidiário é um paciente. Então que eu devo dar a mesma atenção, mesmo pelo meu juramento de fisioterapeuta que um paciente que não seja presidiário. Lá, para mim, não interessa que ele é presidiário, que ele não é presidiário, entendeu? Eu tenho que atender da

¹⁹ Utilizaremos este recurso (sublinhado) em todos trechos dos depoimentos para chamarmos a atenção dos aspectos a serem enfatizados.

mesma forma. Então eu não, realmente, eu não tive nenhuma reação diferente, nenhum cuidado diferente” (FISIOTERAPEUTA - A)

“Primeiro tu vai com aquele receio que te falei, mal-encarado... então tu já vais diferente também, tu já vais... não te aproxima muito. Mas depois... normal, normal mesmo. Não fico... Eu já atendi pacientes que não eram detentos e eram agressivos, entendesse. Claro, que tem detentos que são agressivos realmente, como qualquer outro. Mas eu nunca peguei. Tive sorte”.
(FISIOTERAPEUTA - B)

“Do mesmo jeito que eu atendo os outros, eu atendo ele. Tudo o que tem que fazer, a gente mesmo tinha um paciente mesmo, que já tinha matado não sei quantos, no 38 (quarto), estava todo quebrado, cheio de bala que a polícia tinha dado... atendi a mesma coisa, fazia tudo o que tinha que fazer, passava óleo, colchão piramidal, tudo que eles têm direito, o paciente tem direito, não aquele bandido ali, que para nós, não para... não adianta ele ser bandido, que a gente tem que fazer a mesma coisa. Embora por dentro a gente esteja com raiva e com medo, mas o mesmo atendimento que os outros têm, ele ganha”.(AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“Então a gente não faz diferenciação ... mas para nós não existe porque para nós não nos interessa o porque ele está preso. Isso aí para nós é indiferente, então a gente não faz diferença nenhuma, para nós, a gente trata eles iguais aos outros, com o mesmo carinho com a mesma atenção, a mesma coisa”
(AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)

“(...) a gente parte do pressuposto que todo paciente é paciente. Tu não podes fazer nenhuma diferença. Claro que tu nota que de vez em quando eles estão algemados, às vezes estão presos na cama, eles estão... então tu fica meio receosa, mas ... no nosso caso, o tratamento é igual, por que não tem tu fica como pé atrás assim, mas nada que deixe transparecer para o paciente, porque tu não pode jamais deixar transparecer, porque o tratamento é igual para igual, não tem... o paciente da cama A é igual ao da cama B para mim. E assim vai, sendo ele apenado ou não(...) Não tem essa, tu pode ser um apenado, pode ser uma doença grave, uma doença contagiosa que para mim tudo é igual. Entendeu? São coisas, são pacientes que são diferentes, vamos dizer assim, mas ao meu ver todos são iguais. ” (NUTRICIONISTA - A)

“Olha, os pacientes que eu tive, não tive nenhum problema. Para mim não teve diferença nenhuma. Nunca quis saber por quê que eles estavam presos, nada disso, então era....não tive problema.” (MÉDICO - A)

“(...) a gente fica, fica com pouco de receio, normal, mas eu dei o direito dele como paciente...” (MÉDICO - B)

Conforme pôde ser observado nos depoimentos acima, o termo paciente torna-se uma adjetivação para a condição do apenado. De acordo com Ferreira (1986), a palavra paciente deriva do latim *patiente*, o que significa *pessoa que padece*. Se a equipe de saúde consegue identificar no apenado a sua humanidade, o adjetivo de sofredor parece se destacar, no momento da assistência, de sua condição social,

possibilitando uma melhor aproximação e identificação do ser humano que necessita de atendimento.

Mesmo que os profissionais identifiquem no apenado a sua humanidade, aproximando-se deste por sua condição de paciente, abstraindo no momento da assistência a sua condição social, esta se faz presente a todo o momento, tornando conflituosa a relação, pois a condição do doente é inegável, o que desperta nos profissionais um **sentimento antagônico**, entre o paciente e o “criminoso” que ali se encontra, sendo que isto acontece porque “A situação especial do estigmatizado é que a sociedade lhe diz que ele é um membro do grupo mais amplo, o que significa que é um ser humano normal, mas também que ele é, até certo ponto, ‘diferente’, e que seria absurdo negar essa diferença” (GOFFMAN, 1988, p.134). Entendemos que a terapêutica realizada em uma instituição hospitalar, mostra ao apenado que ele é um ser humano normal e irá receber atendimento, porém a sua condição de diferença é inegável, tanto para ele mesmo, quanto para a equipe de saúde, como para os outros pacientes/clientes.

“A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir” (ARENDT, 1993, p.16). Segundo a autora, a pluralidade tem o aspecto da igualdade e da diferença, pois se não fossem iguais os homens não se compreenderiam, tampouco poderiam entender o seu passado ou tentar prever o futuro e, se não fossem diferentes, não necessitariam do discurso para se fazerem entender. Assim, apenados e profissionais da saúde se igualam por sua condição humana, mas também se diferenciam, não só entre si, como também com outras mulheres e homens, devido às suas características individuais, as quais, muitas vezes se sobressaem ou se dispersam em meio aos outros da mesma espécie. Sabemos que o atributo do detento tem a capacidade de se salientar perante ou outros indivíduos.

Segundo Goffman (1988), a identidade social virtual diz respeito àqueles atributos que esperamos que o indivíduo possua, sendo que a identidade social real se refere aos atributos que o indivíduo prova possuir. Nas relações com o paciente/cliente detento, a identidade social virtual está ligada à imagem que fazemos do paciente ideal,

enquanto a identidade social real deste sujeito está completamente relacionada ao seu atributo negativo, ao seu estigma, a sua culpa.

O conflito vivenciado ao prestar a assistência ao paciente (no sentido da adjetivação) e ao detento (no sentido do estigma) pode ser exemplificado nos trechos dos depoimentos a seguir:

“É aquilo que eu te falei, que queira ou não, ele desperta sentimentos opostos, antagônicos, sabe? Tem momentos que tu ...eu entro assim no quarto, me choca de ver uma pessoa presa na cama, como se fosse...parece uma situação de dar, de ver um animal preso...ao mesmo tempo tem uma ou...tem momentos que dá pena, que dá, sabe? Sei lá, dá esses sentimentos assim, nesse sentido, sentimentos bons. E tem aqueles outros momentos que dá aqueles outros sentimentos, que é quando tu pensa no que ele fez, no que ele não fez, na coisa...ai te desperta vários sentimentos assim”. (ENFERMEIRO - C)

“Agora quando eu vejo uma pessoa que assim... estuprou uma criança, qualquer tipo assim, ai eu tenho vontade assim que morra na realidade porque puxa vida, que horror fazer com uma pessoa...E ainda dizer que vai ficar impune? Então eu acho nesse ponto... acho que eu sou dividida no meu conceito, fico morrendo de pena de alguns, mas quando é uma judiação muito grande, eu acho que tem mais é que morrer, não uma coisa até... às vezes as pessoas me dizem ‘ai meu Deus que horror!’ Mas esse sentimento é o que eu tenho, ah... que morra mesmo”. (ENFERMEIRO - D)

“(...)agora tem casos, houve aqui uma vez, um apenado, uma história, era um paciente cirúrgico mas um paciente que tinha uma história um pouco conturbada o paciente de...história de violência, inclusive violentou a própria...filhos pequenos, então... é aquela coisa... é ético... a gente tem que fazer o nosso trabalho mas... tu vai vendo, é uma angústia muito grande estar na frente de uma pessoa a gente sabendo essas coisas...” (ENFERMEIRO- L)

“Eu acho que a gente, que nenhuma de nós aqui esquece, é aquilo, o preso que tinha aqui no 34 (quarto), que eu tinha, ele estuprou as duas filhinhas dele, e aí, mas a gente não sabia. Quando ele veio, para cá, internou aqui, era um homem já, idade... eu acho que uns 60 anos quase esse vagabundo, queria que tu visses. Ele estava com colostomia já, quando ele veio, já veio naquela fase assim. Tu imaginas tu olhar pra aquele ali, praticamente quase morto, morreu depois, saber que ele fez todas aquelas barbaridades, e tu olhar assim para ele, tão indefeso ali, não sabia o bicho que foi... isso aí é uma coisa que... parece que eu estou enxergando a ‘cara’ daquele vagabundo. Morreu depois, velho, assim, liquidado. E ele jurava que não era ele. E ele tão indefeso ali. Queria que tu visses. Com sonda, com tudo, que ele veio do bloco, e olhava para aquela ‘cara’, tu não dizias que era ele...” (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“(...)a primeira coisa que tu pensa é vem tudo na tua cabeça o que ele fez. Aí tu fica, tu fica um pouco com raiva e um pouco com medo, a primeira sensação assim que tu olha assim te dá raiva, que tu imagina, quanta vida ele tirou, pode ser até, fica pensando, um familiar teu, um amigo(...)Mas ao mesmo tempo tu não pode, tu vai cuidar do paciente, tu não pode ver o que ele é, tem que cuidar do paciente comum, como todo, como qualquer outro” (AUXILIAR DE

ENFERMAGEM - B)

“É mais o sentimento é esse aí, que tu fica ‘o fulano é novo, está preso’, tu fica, às vezes tu fica o quê que fez o quê que não fez , vai ver tem ‘carinha’ de ser bom, fez isso, fez aquilo”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM - A)

“Eu acho que é uma carência assim... parece que não tem ninguém por eles, entendesse? E ao mesmo tempo, tu pára para pensar, alguma coisa fez para... então é difícil, tu fica naquela, é carente, mas também, alguém ele fez sofrer. Carência, mas ao mesmo tempo eu tentava não me envolver, assim. Não perguntava assim, só perguntava o motivo de estar preso, lá depois de já estar uma certa intimidade. Nunca no primeiro dia”. (FISIOTERAPEUTA - B)

Esta situação exposta acima, pode ser entendida de acordo com Goffman (1988), ao explicar que um determinado atributo pode fazer com que reduzamos uma pessoa a algo estragado e diminuído. Acreditamos que, devido ao seu estigma, os apenados compõem a parte “estragada” da sociedade, a sujeira que deve ficar escondida no presídio, afastada, longe de nós. Mesmo tendo presente este atributo desqualificante, entendemos que é a condição da identificação da humanidade do paciente que limita o próprio ato de “violência” do trabalhador, quando prestando o cuidado ao detento. Percebemos que esta é reprimida no coletivo, de maneira geral, ou seja, o produto do trabalho vai acontecer, o que não significa que os sentimentos e paixões humanas não se manifestem no momento da interação isolada do profissional de saúde e aquele que recebe a assistência.

Também compreendemos que, especialmente relacionado ao estigma do ser humano apenado, está inserido no pensamento a indagação do crime. Mesmo que não questionem diretamente sobre o crime que o paciente cometeu, esta questão passa pelas suas mentes durante a prestação da assistência. Principalmente se o crime estiver relacionado ao sofrimento de outro, como foi demonstrado nas falas acima, o sentimento negativo se torna ainda mais intenso. Souza (1996, p. 147), tentando conectar alguns pontos genéricos do pensamento de Levinas à questão do sofrimento, escreve que “À infinita dor de outrem deve - e deve em sentido absoluto - contrapor-se a infinita disposição à expiação pelo outro”. A dor e o sofrimento daqueles que um apenado tenha feito sofrer, novamente traz a questão da humanidade de volta, só que desta vez relacionada às vítimas de seus pacientes. Ainda segundo Souza (1996, p.

143) o sofrimento tira o ser humano daquela estabilidade “ordem do mundo e do mundo da ordem, do consolo, seu ser lhe é pesado, insustentável, insuportável, sem sentido, absoluto – puro sofrimento”, aproximando os seres humanos no sentido do que sofreram, do mal que lhes foi causado, da possibilidade de dor e sofrimento que por ventura possam vir a sentir. As pessoas se identificam pela possibilidade de sofrer, de imaginarem a dor, “despertam” da realidade que vivem, percebendo a totalidade que as cerca.

Todos estes significados podem estar relacionados à violência trazida para o interior do ambiente hospitalar, concretizada na figura do apenado. A violência, para Castiel (1996), existe sob várias formas e é uma epidemia nos dias de hoje. O crime parece estar distante, do lado de fora do ambiente hospitalar, mas é lembrado sempre que existe a situação de atendimento de um apenado. Este evoca tudo que está tão longe e ao mesmo tempo tão perto.

Estes sentidos conflituosos permeiam todas as relações do paciente/cliente detento com a equipe de saúde. A condição básica destes homens e mulheres, ou seja, a sua humanidade, lhes identifica, aproxima, mas também afasta. O paciente é um “criminoso”, um “infrator”, mas também é um doente precisando de auxílio, de cuidado, de assistência. Pode se mostrar para a equipe de saúde de uma maneira diferente daquela imaginada, sendo gentil, educado ou **dócil**. O fato de ser um presidiário não significa necessariamente que o paciente tenha que ser agressivo, pois conforme foi mencionado pela fisioterapeuta b “(...) *já atendi pacientes que não eram detentos e eram agressivos (...)*”.

“O comportamento dócil e obediente leva o paciente à promoção no sistema de enfermarias; o comportamento rebelde e turbulento a sua queda” (GOFFMAN, 2003, p. 293). O estudo do autor foi realizado em outra instituição total – hospital psiquiátrico – mas demonstra claramente os meios que os pacientes podem se valer a fim de conseguirem se manter sem serem incomodados, permanecendo em um determinado local que lhes pareça menos inóspito do que aquele em que vivem.

A educação e a gentileza são meios de “barganha” com a equipe de saúde, de adquirir privilégios já que, conforme ocorreu com a reclusão em um presídio, a hospitalização também foi involuntária. A melhor maneira de viver bem nestes locais é

manter um bom comportamento, ou, conforme Goffman (2003), de se aproximar dos auxiliares, que costumam ser as pessoas-chave da equipe para despertar a atenção para o doente e, neste caso, para divulgar o seu “bom comportamento”.

Como poderá ser observado nos depoimentos a seguir, os profissionais identificam no sujeito apenas uma conduta e maneira de proceder que contribui para a realização da assistência, pois reforça o sentido de ser humano, facilitando a aproximação do doente:

“Que eles também, não fazem coisa assim, para estressar a gente, eles não fazem. Eles tratam muito bem a gente. Tudo eles agradecem, tudo. Eles não fazem assim, nada de... a não ser esse do 37 (quarto) que era um baita de um marginal também e ele contava; que tinha... os outros não. Eles tratam muito bem a gente. Agradecem tudo o que tu faz... eles não, eles não procuram assim. Eu pelo menos nunca vi e as gurias também porque a gente sempre sabe”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“(...) pelo contrário, eles às vezes tem mais educação para tratar com a gente,... eles vem, para ti com mais jeito do que os outros, não tive problema nenhum com eles nunca, problema nenhum assim” (TÉCNICO DE ENFERMAGEM - A)

“É que quando... Ah tu te sentes mais aliviada quando eles estão em final de pena parece que muitas vezes eles são mais dóceis, porque no primeiro momento que eles vão para o presídio... é uma coisa muito estranha saber que quantos anos tu vai ficar lá dentro, dez anos, quinze anos...” (ENFERMEIRO - D)

“Até porque todos cooperaram até agora entendeu, não tive problema nenhum...” (ENFERMEIRO - F)

“Das experiências que eu tive aqui foi a maneira como ele recebeu a enfermagem no caso... não foi com revolta, não foi com medo. Não se negou a fazer procedimento”. (ENFERMEIRO - G)

“(...) eles respeitam a gente assim, até são educados, eles não são agressivos, não sei se é porque ele dependem de ti eles não são agressivos, podem ser agressivos com o agente penitenciário, mas contigo ele te trata com educação porque precisam, sei lá... de aliado eu acho de ‘ah não, eu tenho que tratar bem para me tratarem bem, estou na mão deles’, eu acho que tipo assim, porque eu nunca ouvi dizerem que o preso tal fez isso ou fez aquilo”. (ENFERMEIRO - H)

“Recentemente a gente teve um paciente aqui internado (...) mas tranquilamente, paciente como qualquer outro... acessível, colaborativo... tranquilo... não teve nada assim, por enquanto não teve nada.” (ENFERMEIRO - I)

“(...) eles valorizam muito assim qualquer coisa que tu faça por eles” (NUTRICIONISTA - B)

“Eram pacientes tranquilos, fáceis de lidar (...) eu quase não acreditava que ele tinha feito, que ele era um ‘cara’ tão tranquilo, simpático, educado, sabe? Ele concordava com as condutas, o tratamento, não reclamava, fazia tudo direitinho sabe, que não, não pesou essa história do assassinato” (MÉDICO - A)

“Mas ele foi tranquilo, o paciente se comportou bem”. (MÉDICO - C)

Assim, de acordo com Goffman (2003), em uma instituição total os indivíduos estão privados de sua autonomia. Parte do que os identifica com o mundo de fora tem que ser deixado de lado; as mínimas atividades da vida diária são reguladas pela equipe dirigente e pequenas satisfações são vistas como fundamentais. É necessário se adaptar a viver com o mínimo, em termos materiais. Entendemos que a experiência de uma internação hospitalar, quando se é detento, apesar de manter algumas limitações da vida do cárcere, ainda possui um pouco mais de autonomia e privacidade do que no presídio. Exatamente este fato pode explicar a conduta social adequada do apenado quando está internado em um hospital. O controle e o rigor encontrados em uma penitenciária são abrandados em uma instituição hospitalar pelo próprio cuidado.

Ainda, não podemos deixar de refletir esta situação de acordo com Foucault (1987), o qual afirma que todo o corpo social está sob a ação de mecanismos e instâncias disciplinares as quais regulam as ações dos sujeitos, vigiando-os, controlando-os, punindo-os e exercendo sobre estes uma transformação que, na realidade, almeja a sua docilização. Portanto, cada um na sociedade é “treinado” para se docilizar, sendo que os apenados, ao serem encarcerados, são vigiados de forma mais rigorosa e intensa que os outros membros da sociedade, o que também pode explicar a sua “boa conduta” quando internos no ambiente hospitalar²⁰.

Conforme já foi mencionado, o apenado possui características que o tornam diferente dos outros pacientes, especialmente os símbolos de estigma, ou seja, sinais que o identificam como um detento. **Símbolos de estigma**²¹ são “signos que são especialmente efetivos para despertar a atenção sobre uma degradante discrepância de identidade que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente,

²⁰ Foucault (1987), também afirma que os hospitais, bem como as escolas e os orfanatos, também exercem ações de vigilância e controle constantes.

²¹ Diferenciam-se dos signos de informação social positiva, buscados e recebidos habitualmente, e identificados como símbolos de prestígio, como uma condecoração, por exemplo.

com uma redução conseqüente em nossa valorização do indivíduo” (GOFFMAN, 1988, p. 53). Assim, se imaginarmos um sujeito apenado, em seu leito, sem algema ou escolta, podemos dizer que este é um retrato global coerente de um “paciente normal”, no sentido dado por Canguilhem (1995, p.109), de que “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas de vida, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente e não positivamente”. Entendemos que o apenado está limitado, como os outros doentes que não estão privados da liberdade, por uma alteração em nível orgânico, a qual o torna momentaneamente restrito a uma norma de vida, que é a doença, descrita por Canguilhem como uma norma de vida inferior. Assim, apenados e não apenados, em princípio, possuem a capacidade de instituir novas normas de vida, sendo que se não fosse pelos símbolos de estigma não identificaríamos um ser humano privado da liberdade e o consideraríamos capaz de restabelecer a sua norma.

Sendo um destes símbolos a escolta, os agentes penitenciários que acompanham o detento fazem parte do que Goffman (2003), denominou como equipe dirigente.

De acordo com Ferreira (1986), a palavra escolta, etimologicamente, deriva do italiano *scorta*²². O agente penitenciário faz a escolta do apenado, com a função de vigiá-lo, de evitar a sua fuga, de garantir a extensão da disciplina do presídio no ambiente hospitalar. Assim, é possível analisar a função da escolta, comparativamente, em três momentos: o primeiro, relacionado à família dos pacientes detentos e não detentos; o segundo relativo à função da equipe de saúde e o terceiro verificando o próprio papel dos agentes penitenciários como membros da equipe dirigente.

Primeiramente, acreditamos que a função de acompanhamento da escolta difere daquela desempenhada pela família do “paciente comum” e que deseja a reabilitação realizando o cuidado do mesmo. Goyatá et al. (2006, p. 103), afirmam que os familiares podem ser “um elemento facilitador da implementação dos procedimentos terapêuticos necessários”, evidenciando a importância e o papel da família, não somente no cuidado, mas também na recuperação do paciente após o trauma sofrido.

²² Refere-se a “policiais, corpo de tropas, embarcações, aviões, etc. destacados para acompanhar, guardar ou defender pessoas ou coisas” (FERREIRA, 1986, p. 688).

Consideramos a família (seja a família do detento ou não) como unidade básica do cuidado. Foucault (1977, p. 18), diz que “O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunha do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade”. Para o autor, o espaço social do ambiente familiar, seria aquele no qual a doença manteria a sua forma natural, sendo o único lugar possível da reparação da doença.

Em contrapartida, pode ser que a família do paciente detento também almeje a sua reabilitação, porém este desejo pode ser tanto no sentido da reabilitação de um estado patológico quanto a reabilitação no sentido social. A família pode realizar atividades de cuidado, participando do momento do adoecimento de seu membro como a família de qualquer outro paciente que não seja detento faz. Esta situação pode ficar clara nos depoimentos a seguir:

“... e realmente se confirmou que ele estava com tuberculose e queriam transferir ele para Porto Alegre porque não tinha agente penitenciário suficiente; ou se mantinha os agentes penitenciários dentro da penitenciária cuidando dos presos, ou aqui, cuidando dele. (...) Eu me lembro assim, o sofrimento, o desespero da família com isso. Porque em Porto Alegre ia ficar muito mais difícil para visitarem ele. E como assim, a diferença no trato. Quando estava o pessoal da brigada, não deixavam ela entrar. (...) Nem para trazer, claro, mesmo que não possa trazer nada de fora, sempre traziam uma fruta, uma roupa, essas coisas, não deixavam nem ela passar da porta. E quando eram os agentes penitenciários, ela entrava, conversava com ele. Até que uma época a gente conseguiu que ela permanecesse, porque ele ficou bem ruim mesmo, aí nós demos todas orientações para ela em relação aos cuidados com a doença e ela permaneceu. O agente ficava ali fora, e ela ficava cuidando ele dentro do quarto”. (ENFERMEIRO - A)

“(...) porque aqui a família visita e lá eles não tem eles tem dia certo para família visitar e aqui não, aqui fica o familiar do lado, para nós não tem diferença nenhuma para nós é uma pessoa igual a outra” (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)

Por outro lado, o fato da família do cliente apenas não comparecer para realizar a visita, pode ser percebido como um símbolo de estigma, pois a “não visita” pode representar o afastamento da condição social do paciente, no sentido de que esta represente algo tão forte e desagradável que provoque o distanciamento da família. As falas abaixo ilustram esta situação:

“Não tinha ninguém! Ninguém queria ele! Pois ele estuprou a filha, matou não sei se a mãe...” (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“Muitos deles até ficam sem familiar. A gente não consegue ver ninguém da família”. (ENFERMEIRO - L)

*“a gente se apegou a ela e era um paciente normal e ela só tinha nós, a família abandonou porque HIV e presidiária, então só tinha o pessoal da enfermagem, ela ficou cinco anos aqui com nós”
(AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)*

Entendemos que a função de acompanhamento da família tem como objetivo cuidar, interagindo com o doente, a doença e a equipe, tornando-a parte integrante não somente da dinâmica da unidade, como também do processo terapêutico, ou seja, o cuidado da família visa à tentativa de superação daquela condição de adoecimento vivenciada por um de seus membros, por isto participa das atividades de cuidado desempenhadas com este. Assim, percebemos que a função de acompanhamento da família é, no sentido da observação atenta ao paciente, aparentemente semelhante à da escolta, o que também remeteria a uma situação de vigilância, porém os objetivos se diferem, pois não são os mesmos. Deste modo, a situação de vigilância é aparentemente semelhante porque a função da escolta é vigiar para punir e disciplinar, enquanto a da família é a vigilância para o cuidado.

Esta situação de vigiar para disciplinar, exercida pelos agentes penitenciários, pode ser explicada quando verificamos que,

a prisão não foi primeiro uma privação de liberdade a que se teria dado em seguida uma função técnica de correção; ela foi desde o início uma ‘detenção legal’ encarregada de um suplemento corretivo, ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal (FOUCAULT, 1987, p. 196).

A vigilância constante da escolta permite que se estenda a função da penitenciária no ambiente hospitalar, ou seja, realizar a transformação técnica dos indivíduos. Embora, de acordo com Foucault (1987), esta função de disciplinamento seja realizada em todo o corpo social.

Em um segundo momento, podemos analisar as aproximações e diferenças entre o trabalho da escolta como equipe dirigente e a possível função desempenhada pela equipe de saúde. Goffman (2003), estudou também o hospital psiquiátrico como

instituição total, ou seja, o mesmo possui uma equipe dirigente; neste caso, a equipe de saúde. O autor afirma que “Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados” (*op. cit.*, p. 19). Entendemos que esta mesma situação pode acontecer no interior dos hospitais gerais, em relação aos “pacientes normais” e intensificada em relação aos pacientes apenados. Comporíamos então, diferentes equipes dirigentes, mas com funções semelhantes.

Entretanto, também é preciso analisar o diferencial desta situação. O paciente apenado, em princípio, desempenha no interior do ambiente hospitalar, o papel de paciente e o papel de apenado. Mesmo que surjam durante a sua relação com a equipe de saúde, sentimentos conflituosos devido a sua condição social, a equipe de saúde está ali para controlar o *paciente*, não o detento, pois já existe alguém ali para realizar esta finalidade, sendo esta pessoa o agente penitenciário. Assim, os diferentes profissionais de saúde desempenham as suas funções, relativas as suas respectivas atribuições com o paciente, não com o “presidiário”, pois já existe alguém para desempenhar a função de vigiar este último que, na realidade, é o mesmo também para nós, só que com atributos diferentes.

Entendemos que o principal ponto de semelhança entre a equipe de saúde e a escolta é o que Goffman (2003, p.70), afirma quanto à equipe dirigente, de que “seu trabalho, e, portanto, o seu mundo, se referem apenas a pessoas”, sendo este trabalho diferente daquele desenvolvido em firmas ou outras relações de serviço. Também é importante salientar que a equipe dirigente tem “objetos e produtos com que trabalhar, mas tais objetos e produtos são pessoas” (*op. cit.*, p.70). Assim, percebemos que há, realmente, uma aproximação entre o trabalho da equipe de saúde e o trabalho dos agentes penitenciários, no sentido de que ambos trabalham com pessoas, mas mantendo com estas, relações diferentes. Neste momento surge uma aproximação da relação que se desenvolve entre a escolta e a família e os agentes penitenciários e a equipe de saúde: a escolta vigia e pune, e os profissionais de saúde em princípio, como a família, também vigiam no cuidado sem, contudo, tencionar a punição inclusa na ação do cuidado. Cabe salientar que para os profissionais, o cuidado está predominantemente amparado nos diferentes saberes da ciência da saúde e as famílias

em seus saberes próprios e aprendidos nas próprias situações vivenciadas na esfera hospitalar.

Um terceiro aspecto a refletir, diz respeito a função da escolta como membro da equipe dirigente. O agente penitenciário vigia, mantém a disciplina, garante a segurança, mas também funciona como um meio de identificação para o diferencial do paciente, ou seja, é um símbolo de estigma.

Os agentes penitenciários mantêm a ordem, reforçando a situação de estranheza trazida pelo detento para o interior do hospital. Conforme o significado da palavra, são pessoas armadas acompanhando ou guardando alguém, neste caso, o paciente detento. É natural que esta função de acompanhamento seja vista com certa cautela, pois realmente “destoa” do que é esperado encontrar em um hospital.

A escolta, como é parte da equipe dirigente, segundo Goffman (2003), tem a função de supervisionar, sendo que também pode manter uma relação conflituosa com o detento, já que a mobilidade social entre ambos é limitada; a equipe dirigente “muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos” (*op. cit.*, p. 19). Será que esta relação que existe entre os detentos e seus “acompanhantes” não é similar a situação vivenciada pelos pacientes/clientes “normais” e a equipe de saúde, ou seja, uma relação muitas vezes conflituosa, mas necessária e imposta?

O agente penitenciário é o limitador daquela situação de violência representada pelo apenado. É este membro da equipe dirigente que controla o “preso” na sua situação de “preso”, detendo informações sobre este que muitas vezes a equipe de saúde não é sabedora. Eles detêm a informação daquela condição social, sabendo até certo ponto do que aquele apenado pode ser capaz; conhecem o crime, o comportamento manifestado no interior da penitenciária, o que talvez explique a relação de desconfiança comentada acima por Goffman, o qual ainda afirma que “a equipe dirigente tende a esconder as decisões com relação ao destino dos internados, pois, se estes soubessem quais as piores coisas planejadas para eles, poderiam intencional e abertamente impedir a realização suave de seu destino” (*op. cit.*, p. 75). Esta situação

da equipe dirigente do presídio esconder as decisões quanto ao destino dos sujeitos apenados pode ser demonstrada na fala a seguir:

“(...) no dia que aconteceu isso dele ser transferido e que ele disse que não gostaria eu que estivesse mandando ele embora, ‘é tu que está me mandando embora?’, eu falei: ‘não o presídio solicitou a tua transferência’, ‘porque eu não vou gostar de saber que é tu que está me mandando embora’, eu estava sozinha.... ele tentou, era de noite e eu gelei... então...e depois chegou o agente penitenciário para buscá-lo... buscar o paciente, e eu pedi para o agente dizer na frente do paciente que não... eu estou aqui como médica, se ele ficasse aqui ou não ficasse aí.... o agente ‘não.... é o presídio que está mandando e tal’” (MÉDICO - C)

Também podemos analisar a outra forma desta situação se apresentar, ou seja, quando a doença biológica do apenado não é de conhecimento da equipe dirigente e a sua doença social não é do conhecimento da equipe de saúde. Esta situação fica claramente evidenciada na fala a seguir:

“É que geralmente são assim, os mesmos, agentes que vêm e tudo. Então eles já têm, já mais ou menos conhecem as pessoas, então tu conversas até para satisfazer a tal da curiosidade, do por que que ele está preso...(...) por que é uma coisa que te desperta curiosidade, assim como um brigada uma vez me falou, que eles vêm acompanhar os presos, só que eles não sabem a doença que eles têm. Eu disse, então é a mesma coisa com nós, por que a gente não sabe se está cuidando de um ladrão de galinha, de um grande traficante, de um grande seqüestrador, se ele é isso ou aquilo. E eu me lembro até que nessa situação foi o brigada que veio me procurar, falar comigo para saber por que o ‘cara’ estava de máscara. Eu disse ‘ah, é uma suspeita de tuberculose’. Ele disse ‘a gente vem cuidar e não sabe nem do que está cuidando’” (ENFERMEIRO - A)

De acordo com este comentário, podemos entender que o paciente apenado pode promover uma integração necessária entre a equipe dirigente e a equipe de saúde, pois estes últimos poderão prestar informações sobre determinadas precauções que a escolta terá de manter quando estiver vigiando um detento. Por outro lado, sendo a escolta sabedora do delito do paciente, pode exercer sobre este maior vigilância, no sentido de possibilitar melhores condições de segurança para a equipe de saúde. Esta situação pode ser evidenciada na fala abaixo:

“Porque assim, a gente trabalha junto então, com a própria polícia. Então, quando a gente faz a entrega da bandeja, que é a diferença, para eles não vai faca, dependendo do grau, o que foi a causa dele estar preso, coisas assim , não vai nem garfo, só vai colher. Então, depende, mas para eles o geral é não ir faca.” (NUTRICIONISTA - A)

É necessário salientar que a relação entre estas equipes também pode ser conflituosa, pois a equipe dirigente pode se constituir em um elemento dificultador do trabalho da equipe de saúde.

“Me lembro de um paciente que internou com uma ‘estocada’ no pericárdio e que ele foi agravando e ele não deixava ninguém sair de perto porque ele tinha pânico dos policiais aí depois eu descobri porque, os policiais estavam, cada vez que a gente saía por algum momento eles estavam ameaçando e que ele ia morrer e realmente esse paciente ele estava ficando grave, ele estava ficando pior, estava respirando com dificuldade e eu fiquei mais preocupada nesse sentido, a gente procurou ficar mais na volta desse paciente nesse sentido, porque realmente eu vi que ele estava apavorado e era um paciente que ele estava amarrado na cama e a mercê das outras pessoas”. (ENFERMEIRO - E)

“(...)já aconteceu do paciente ter que urinar no chão porque está preso e o brigadiano não estar e a gente reclamar e não fazerem nada, a gente já chegou a ligar para lá não estão nem aí, tu sabe que tratam assim, não estão nem aí(...)que a gente se preocupa nesse sentido e fica indignada, porque descem e deixam a ‘criatura’ lá” (ENFERMEIRO - F)

“(...) e muitas vezes até o presidiário quando está algemado ele precisa ir ao banheiro alguma coisa assim e está algemado e tu não encontra eles para eles irem lá atender e tirar as algemas do presidiário. Isso aí que a gente tem certa dificuldade porque o resto com o presidiário não, porque tu sempre procura olhar todos com humanização”. (ENFERMEIRO - H)

“(...) teve até uma situação que eu liguei para o presídio para chamar de madrugada porque eles deixaram o paciente preso ao leito e foram embora, nisso se tu tem uma situação de emergência com o paciente que está preso, algemado no leito?” (ENFERMEIRO - I)

“Aí às vezes a gente tem que ir atrás, às vezes eles (escolta) descem, então aí a gente tem que ir atrás pedir para vir soltar, às vezes eles (pacientes) querem ir no banheiro, tomar um banho” (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)

Deste modo, percebemos que a relação entre estas duas equipes pode ser conflituosa, na medida em que ambas estarão tentando realizar seus respectivos trabalhos da melhor maneira possível (ou pelo menos deveria ser assim). A equipe de saúde por estar cuidando dentro do espaço hospitalar, vai tentar manter a rotina que se tem neste lugar. Por outro lado, a escolta pode tentar transpor, além de um limite “tolerável”, aquela rotina que possui em uma penitenciária para a instituição hospitalar, sendo este o ponto de conflito do trabalho das duas equipes.

Contudo, é interessante pontuar o sentido metafórico que assume a associação feita pela equipe de saúde entre, a simbologia de estigma da escolta e, a condição social do doente, demonstrando, conforme será verificado nas entrevistas abaixo que a identificação de um agente penitenciário irá remeter, imediatamente à relação com um paciente detento.

“É o que eu penso assim. Porque se o ‘cara’ está com o agente ali acompanhando ele, está acorrentado, está algemado, tu pensa, ele não deve ser tão santo assim; e quando às vezes o agente deixa esse apenado livre disso, aí dá a sensação assim, então ele é uma pessoa um pouco mais pacífica, de repente um pouco consciente da sua situação. Então o risco é menor. Por que é assim, a gente já teve histórias de agente, dos brigadas contarem assim, que o ‘cara’ estava mal em cima da cama, morrendo, e te pedir para não ficar acorrentado e ainda assim mais morto do que vivo, tentou fugir”. (ENFERMEIRO - A)

“(...) o primeiro impacto quando tu chega e vê, os PM’s, os agentes de presidiários, te dá um impacto. Te dá um, tu sente um impacto assim ao chegar”. (ENFERMEIRO - C)

“Não tive tempo nem de falarem, ‘ele é presidiário’; não sei o quê...(risos). Tinha um guarda na porta aí eu deduzi que ele era presidiário. Mas não teve aquele tempo de preparação...(risos) entendeu? Na verdade só me deram o nome do paciente, que ia fazer a cirurgia e eu fui atender...(risos) sem saber...” (FISIOTERAPEUTA - A)

“Como qualquer outro enfermo eu acho. Tem suas carências, mas... acho que não tem diferença, a diferença que tem é na escolta ali com ele. Como se fosse um acompanhante dos outros”. (FISIOTERAPEUTA - B)

“(...)a gente vê porque vê que está o ... geralmente ficam os guardas no corredor, aí a gente sabe que naquele quarto tem um detento” (FISIOTERAPEUTA - C)

Um dos sentidos interessantes para esta metáfora do agente penitenciário é que a sua presença alerta para o perigo, o risco que está ao redor, indicando para se manter a cautela. Na realidade, a presença da escolta serve como um sinal de advertência para todos aqueles que se aproximam do local onde está internado um sujeito detento, seja um outro paciente, um familiar, a equipe de saúde ou qualquer outro trabalhador da instituição hospitalar.

Claro que a presença da escolta não é o único sinal de alerta para a situação do apenado. A **algema** também possui uma simbologia negativa, estando relacionada ao

estigma do preso como se fosse o sinal patognomônico²³ de uma doença contagiosa. As algemas atestam claramente a transgressão, denunciam a culpa e o pecado do seu portador: são um símbolo de estigma, o sinal de uma pessoa ritualmente poluída descrito pelos gregos (Goffman, 1988).

As algemas funcionam como signo com informação social, cuja presença se deve a outras razões, tendo uma função informativa superficial (GOFFMAN, 1988). Será que as algemas têm mesmo função informativa *superficial*? Acaso não se constituem um meio de denunciar uma transgressão, colaborando para estigmatizarmos o indivíduo que faz uso delas? Entendemos que as mesmas servem para denunciar que o seu portador é alguém privado da liberdade e, uma pessoa privada da liberdade cometeu um “crime”, sendo que neste ponto, a informação não é superficial, pois iremos relacionar os prováveis motivos que levaram este sujeito a ser um portador de uma par de algemas e, portanto, *um preso*, um sujeito que promove a violência social. Neste ponto a informação será profunda, pois provocará a denúncia de um “criminoso”.

Esta caracterização do sujeito apenado pelo símbolo de estigma evoca, conforme já foi mencionada anteriormente, uma situação de violência provocada pelo mesmo. Especificamente as algemas funcionam como um limite do trabalho, ou seja, mesmo que o seu uso restrinja a realização da assistência - por contenção de movimentos do paciente, por exemplo - há também o movimento inverso, evidenciado pela possibilidade de aproximação daquele paciente. As algemas garantem a segurança do profissional, indicando que, pela limitação do movimento, o apenado não tem possibilidade de sair do leito e tentar qualquer reação violenta e também desesperada, que lhe assegure a fuga. Avançando um pouco mais em nossa análise, esta segurança despertada pelo uso da algema, ao possibilitar a aproximação para o cuidado do doente, também promove uma diminuição do distanciamento em nível humano, sendo que a aproximação “forçada” pode despertar no profissional a atenção para a humanidade do paciente detento, ou seja, os sentimentos de solidariedade àquela situação de privação podem possibilitar o cuidado ao doente. Podemos evidenciar pelos depoimentos a seguir:

²³ Sinal que caracteriza e dá especificidade a uma doença, cuja simples presença permite fazer o diagnóstico (SILVA e SILVA, 2004).

“As coisas mais assim, claro, fora o fato de tu veres um agente, tu já sabe assim, tem alguma coisa errada ali. ...é tu ver a pessoa algemada, acorrentada, sabe, e isso é, isso te choca, tu pensa assim, como eu chego nessa pessoa, como é que eu falo com ela? Será que ele é como outro paciente que interna aqui ou será que ele é mais revoltado, será que é mais tranquilo...” (ENFERMEIRO - A)

“A primeira coisa que tu olha é se está algemado. Eu a primeira coisa que eu olho é. Tu olha o rosto, por que tu tem aquela coisa, e depois tu olha pra ver se está algemado. E outra coisa que te chama a atenção é as tatuagens, que eles têm um monte”. (ENFERMEIRO - B)

“(...) e talvez o choque tenha sido aquele que eu te disse: chegar e ver uma pessoa presa na cama, assim, sabe, olhando, como...não sei se a liberdade é tão importante para mim que foi uma coisa que me chocou bastante, eu acho que foi isso...” (ENFERMEIRO - C)

“(...) e o que choca é eles ficarem amarrados, isso aí choca realmente, ver um ser humano amarrado, por mais que ele tenha feito a gente sabe que eles não são tão inocentes por estarem ali, mas ao mesmo tempo te choca também eles estarem ali amarrados em uma cama e o olhar de receio deles por algum procedimento, por alguma pessoa que está chegando perto, para saber o que eles estão fazendo o que eles vão fazer, imagina tu estares amarrado numa cama e não saber com quem tu estás lidando, com pessoas estranhas....” (ENFERMEIRO - E)

“Que ele está algemado, tu sabes que ele é presidiário, mas não tive assim dificuldade, não tive diferença nenhuma assim para tratá-lo”. (ENFERMEIRO - F)

“Mas esses pacientes vem algemados, com guarda na porta, a gente tem um certo temor, e tem o preconceito que a gente tem que vencer também” (ENFERMEIRO - G)

“Eu acho que isso assim foi uma coisa que, não é que chocou entendeu? Mas que me chamou mais a atenção a hora que eu entrei no quarto. Por que, como eu não tinha tido contato até então, eu não imaginava que eles ficassem algemados no leito, e esse estava com uma algema na mão e no pé. Então eu achei assim...ele não podia fazer nada. Nem se ele quisesse ele podia fazer! Então isso foi o que me chamou mais a atenção”. (FISIOTERAPEUTA - A)

“Então o que a gente faz é evitar também, porque eu acho que é constrangedor, porque a gente vê esse lado assim também, é constrangedor de vê-los algemados, no corredor, onde isso aqui é um trânsito muito grande, então a gente também faz, e até por uma questão de segurança da equipe, das pessoas que estão passando, então a gente pede e já coloca eles direto, ou dentro do salão ali, ou então no primeiro consultório que esteja aberto. Na primeira consulta. O salão é onde gente realiza a medicação pra eles via oral ou injetável”. (ENFERMEIRO - D)

“Acho que talvez isso que eu te falei em relação a estarem acorrentados, que eu notava que isso era uma coisa que constrangia bastante eles” (NUTRICIONISTA - B)

“(...)o paciente fica preso com uma corrente na perna, usando algema, tem um carcereiro ali, um agente penitenciário na porta, então acho que para os outros pacientes, não ‘é legal’.” (MÉDICO - A)

Retornando novamente à análise da questão da “visibilidade de um estigma” (GOFFMAN, 1988), propomos a seguinte reflexão: o estigma de ser um presidiário só pode ser conhecido por alguém que sabe sobre este ou, se, no caso de indivíduos que estão internos em um hospital, os mesmos possuírem símbolos que denunciem o seu estigma, como um par de algemas ou a presença da escolta, por exemplo. Neste caso o estigma se torna visível pela presença dos símbolos. Portanto, neste ponto, acreditamos que as algemas não funcionem como informação social superficial, já que de acordo com o conceito de metáfora apresentado neste estudo, em um domínio de realidade as algemas representam mais que um objeto metálico que serve para prender alguém pelas mãos; estão relacionadas à violência, crime, culpa, castigo, transgressão, ou seja, mudam a linguagem habitual representando a realidade e re-descrevendo o mundo, dando novo sentido a algo que parece bem simples de ser entendido, fornecendo uma informação social profunda a respeito do paciente (um “preso”).

Interessante observar que geralmente as referências aos agentes penitenciários e às algemas aparecem associadas nas entrevistas. Entendemos que esta relação se deva ao fato do agente ser aquele que possui o poder de decisão sobre o fato de soltar ou não o preso. Esta decisão de soltura temporária, até certo ponto é realizada em conjunto com a equipe de saúde, pois estes últimos profissionais têm a possibilidade de argumentar sobre a necessidade de terem o paciente apenas solto para a realização do *seu trabalho*. Evidentemente, em alguns casos a resposta a esta solicitação é negativa, trazendo a decisão final para a escolta. Esta negociação é feita de acordo com os saberes de cada profissional de saúde, os quais vão, em última análise, ser o meio de convencimento da escolta. Sendo estes últimos, portanto, os elementos que, após a solicitação da equipe de saúde, refletem e decidem se o apenas possui ou não condições de ficar por um momento livre fisicamente, inclusive no que diz respeito à mínima atividade, como tomar banho, ir ao banheiro ou simplesmente ser examinado pelos profissionais de saúde. Os trechos abaixo ilustram esta relação metafórica interessante:

“E tem uma coisa que me choca muito mesmo, é essa questão que eles estão presos na cama, geralmente. (...) Algemados. Isso me incomoda bastante. Eu me lembro que uma vez eu pedi, para o rapaz que estava cuidando dele, soltar o paciente, e aí ele me disse : ‘A senhora está com pena?’ Eu disse, ‘ah, não sei, não me faz bem’. Até por que ele teve que ficar numa enfermaria com outros”. (ENFERMEIRO - C)

“Não, a única diferença que eu falei é quando tem fisioterapia motora que eu peço para soltar. Porque os outros, claro, já estão soltos, claro não estão contidos no leito. A única diferença é essa. Não tem...” (FISIOTERAPEUTA - B)

“Dentro do consultório, a gente sempre pede para serem retiradas as algemas, porque é uma coisa assim, tão... E muitas vezes a gente não é atendido. Ou só quando o paciente vai ser realmente examinado, o rapaz, a escolta fica dentro do consultório, então quer dizer, eles não tem a privacidade, que a gente poderia se tirar, até para conversar com ele, não. Eles ficam algemados, muitas vezes, com a escolta, outras vezes sem as algemas, mas com a escolta dentro”. (ENFERMEIRO - D)

“....teve esse caso dele não querer ter soltado, tirado a algema...dificulta exame físico e tudo. E o paciente internado não. Geralmente o agente fica fora do quarto, fica na porta ali e é um paciente...igual aos outros.” (MÉDICO - A - falando sobre a dificuldade de examinar o apenado que vem consultar no Hospital Dia, acompanhado da escolta)

“(...) examinava, a diferença que tinha era que se estava algemado, tinha que tirar as algemas. Mas fora isso, a partir da retirada das algemas o exame físico ficava normal, examinava como tinha que examinar, conversava o que tinha que conversar...” (MÉDICO - B)

A associação entre a questão das algemas, do preso e da escolta se faz presente o tempo todo, pois o agente representa a segurança, a imposição da ordem e da disciplina: a conduta do preso é regulada pelo mesmo, ele detém a informação acerca da periculosidade do apenado, tornando-se por um momento o detentor da autonomia e liberdade do detento, decidindo para quais profissionais ou em quais situações o mesmo pode ser solto. Conforme pôde ser demonstrado nos depoimentos acima, algumas vezes o trabalho da equipe de saúde fica limitado pela condição do objeto; a condição social do apenado forma junto a si uma barreira representada pela contenção mecânica da algema e da decisão do “carcereiro”.

Ainda, é importante salientar o sentido de uma metáfora que surgiu nas entrevistas, a qual pode ser interpretada como um símbolo de estigma: o uso de **tatuagens** pelos sujeitos detentos.

O sentido da metáfora da tatuagem mantém relação com o que Goffman (1988)

denominou visibilidade de um estigma, ou seja, aquele estigma que comunica com maior facilidade quem o possui, definindo, portanto a sua capacidade de informar sobre um determinado atributo desqualificante.

Percebemos que a função da tatuagem é comunicar e identificar o seu portador. São símbolos de estigma que, diferentemente das algemas e da escolta, provavelmente são utilizados voluntariamente por seus usuários, sendo que o seu significado, pode ou não ser entendido pelas outras pessoas que a visualizam.

Foucault (1987, p. 216) já assinalava esta função de comunicação que os detentos tentam manifestar: “O povo vem também contemplar tipos de criminosos, tentar distinguir pelo traje ou pelo rosto a ‘profissão’ do condenado, se é assassino ou ladrão”, formando um jogo onde se tenta identificar a semiologia do crime e “A esse jogo respondem os próprios condenados, arvorando seus crimes e dando a representação de sua falta: é uma das funções da tatuagem, vinheta de sua proeza ou de seu destino” (*op. cit.*, p.217).

Este jogo, ainda se faz presente nas relações que se desenvolvem com os sujeitos apenados no interior de uma instituição hospitalar. Provavelmente de uma maneira menos “teatral” do que aquela descrita por Foucault, mas sempre mantendo relação com comunicação e identificação: uma maneira velada de tentar informar quem é, a uma tentativa de obter esta informação.

“Por que, como eu te digo assim: hoje eu tenho muito mais contato com o paciente HIV positivo, que eu não tinha antes, e geralmente são pessoas assim: que tem muita tatuagem, muita marca, muito sinal, muito símbolo...na pele...” (ENFERMEIRO - A)

“E a tatuagem...até tinha um que tinha uma Nossa Senhora no braço, ‘não pode pegar aí, não pode mexer na Santinha’, tinha que puncionar em outro lugar por que ele não deixava puncionar em cima da Santinha...” (ENFERMEIRO - B)

“... eu tive uma impressão diferente do mal-encarado. Tatuado. Aí muda”. (FISIOTERAPEUTA - C)

Assim, percebemos que as tatuagens possuem um significado para o paciente apenado, o qual pode tentar comunicá-lo às pessoas com as quais mantém relação. Estas tatuagens podem despertar a atenção da equipe de saúde ao tentar entender a

sua simbologia, colaborando para o afastamento ou não do paciente, pois conforme pôde ser observado nos depoimentos, elas podem ter um significado positivo, como uma imagem religiosa, ou negativo, no sentido da associação com a AIDS²⁴. As tatuagens podem manter estreita relação com a imagem socialmente construída a respeito do que seja um apenado, reforçando as relações estigmatizantes que se desenvolvem com estes sujeitos.

6.2 A Dupla Significação do Sujeito Apenado - a AIDS

Como foi significativo nas falas dos entrevistados a questão dos símbolos de estigma e da imagem social construída a respeito do paciente detento, será apresentado a seguir o sentido metafórico relacionado ao fato do mesmo poder ou não ser portador de **AIDS** (ou SIDA). Esta imagem social construída do sujeito apenado a partir da identificação com uma doença infecciosa pode ser explicada pela situação de privação que os mesmos vivenciam no interior de uma penitenciária.

Interessante analisarmos os sentidos destas metáforas da doença biológica e da doença social, pois, conforme afirma Sontag (1989, p. 67) “Por muito tempo, o câncer foi a doença que melhor servia à necessidade de nossa sociedade secular de culpar, punir e censurar através do imaginário da doença”. A AIDS banalizou o câncer, sendo inicialmente tratada como uma doença de pessoas que compunham um determinado grupo de risco (percebemos que ainda hoje é muito forte esta relação).

Acreditamos que a associação feita pelos profissionais de saúde entre a AIDS e os pacientes apenados está muito além das experiências vivenciadas pelos mesmos em seu cotidiano, pois remete imediatamente a uma identificação com a situação de exclusão vivenciada pelos sujeitos detentos. Este fato pode estar relacionado ao início da descoberta da síndrome, na qual um determinado grupo de pessoas, os

²⁴ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

homossexuais e os usuários de drogas ilícitas²⁵, eram tidos como os principais portadores da doença.

Sontag (1989, p.30), diz que contrair AIDS equivale a descobrir que se faz parte de um determinado “*grupo de risco*”, uma comunidade de párias”. Metaforicamente, a AIDS é encarada como uma condenação moral da sociedade.

Consideramos que estas afirmativas possibilitam compreender a relação entre os sujeitos detentos e a AIDS. Os apenados sofrem um duplo processo de estigmatização: o estigma de serem “presidiários”, condenados pela justiça a pagarem por uma transgressão cometida contra a sociedade e, ainda, o estigma que recai sobre os portadores de uma doença transmissível, os “aidéticos”. Duas simbologias extremamente fortes e negativas, equivalentes à culpa, transgressão e condenação.

Novamente surge a questão do medo como ingrediente do estigma:

A fobia do câncer nos ensinou a temer o meio ambiente poluente; agora temos medo de pessoas poluentes, consequência inevitável da ansiedade causada pela AIDS. Medo da taça de comunhão na missa, medo da sala de cirurgia: medo do sangue contaminado, seja o sangue de Cristo ou o do próximo. A vida – o sangue, os fluidos sexuais – é ela própria veículo de contaminação. Esses fluidos são potencialmente letais: melhor abster-se deles (SONTAG, 1989, p. 87).

Duas análises importantes podem ser feitas a partir das palavras de Sontag: primeiramente o “medo de pessoas poluentes”, pois conforme já foi mencionado, Goffman (1988), afirma que o termo *estigma* se refere a sinais corporais feitos com corte ou fogo no corpo, os quais denunciavam uma pessoa *ritualmente poluída*. Sendo os detentos e os pacientes portadores de AIDS pessoas *estigmatizadas*, no sentido da palavra dada pelos gregos, ambos são poluídos; os doentes de AIDS no sentido do potencial de transmissibilidade biológica da doença e os presos, associados a este sentido do contágio moral, daqueles que devemos nos afastar e evitar.

Em segundo lugar, suas palavras evidenciam o medo, e por que não dizer, o pânico, que as pessoas sentem do sangue, o qual alerta para o perigo da contaminação, da letalidade, da potencialidade de adoecer. Até que se prove o contrário, todos são passíveis de transmitir ou de contrair a doença. Especialmente em

²⁵ “Drogas ilícitas são aquelas que tem a sua produção, comercialização e uso proibidos por Lei”. Fonte: <http://www.imesc.sp.gov.br>

um ambiente hospitalar, onde os trabalhadores da saúde estão constantemente lidando com fluídos, o medo do contágio durante um procedimento se torna presente em qualquer situação de assistência, seja com um paciente detento ou não, conforme pode ser observado nas falas a seguir.

“Eu, de repente não, mas eu tenho a impressão de que eu trato igual, dependendo da assistência, assim, claro, que às vezes eles (médicos) pedem assim, HGT, essas coisas, dependendo se é paciente grave, e geralmente eles são HIV positivo, claro, às vezes o que acontece, eu falo, ‘ah no outro horário estava bom, eu não vou fazer, de repente vou me espetar’, mas isto aí é um sentimento quando é HIV, sendo presidiário ou não, são sentimentos comuns” (ENFERMEIRO - B)

“A maioria deles (apenados) são, HIV. Um que morreu ali no 34 (quarto) também era HIV. Ah, eu tinha um medo, porque não tinha nem policial cuidando ele. Era fase final, eu tinha medo. Principalmente quando são HIV. Mais medo eu fico. Que eles são maus”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“(...) o que a gente fica mais receosa é de pegar a veia deles. A gente fica... porque tu estás com o sangue ali, isso é o que a gente fica mais receosa, quando vai pegar na veia. Mas também não tem dificuldade. Mas a gente fica receosa, porque está com sangue ali, a gente não sabe se é HIV ou não. Aí a gente fica receosa (...).” (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“Porque para mim sempre foi tão normal, tão natural, tanto atender um detento como atender um HIV... que aqui tem muito não sei. Que nem o HIV a primeira vez tu tem aquele... medo assim, tipo uma secreção. Depois vira uma rotina que eu nem sei se é HIV ou se não é. Querendo dizer, normal, normal. A mesma coisa”. (FISIOTERAPEUTA - B)

“E aqui no Hospital Dia eu tive um caso que eu atendi, então era eu, o presidiário e o rapaz da escolta só que também foi um caso assim, ele podia muito bem se ele tivesse uma arma, uma faca, até uma agulha ele... ele já é uma arma química, ele é uma arma biológica” (MÉDICO - C)

A partir destes depoimentos se percebe que o paciente representa o perigo real. Ou a associação se aproxima para o fato de *ser detento* e ter AIDS ou, para o fato de *por ser detento* poder ter AIDS. É uma forte relação estigmatizante relacionada à condição social do paciente, pois o fato de ser detento, não quer dizer, necessariamente, que o paciente tenha AIDS.

Muitas fantasias e metáforas relacionadas a AIDS, estão fundadas no estereótipo da doença. Como a doença “surgiu” no continente africano, atingindo aquela parte da população pobre do planeta e, após a sua difusão os “grupos” mais atingidos eram os homossexuais e usuários de substâncias ilícitas, criou-se uma imagem de doença

deles. Os brancos e heterossexuais deveriam temer esta doença que era (ou ainda é), um castigo para a sociedade. Deste modo o estereótipo e o estigma se mantêm como sendo uma doença *deles*, pois “Todo mundo sabe que um número desproporcional de negros está contraindo AIDS, assim como há um número desproporcional de negros nas forças armadas e um número tremendamente desproporcional nas prisões” (SONTAG, 1989, p. 98). Percebemos que ocorre uma construção metafórica dos tipos de pessoas que são “transmissores” em potencial da AIDS, sendo que uma destas imagens idealizadas (no sentido negativo da idealização), está relacionada aos detentos.

Interessante salientarmos que, apesar da infectividade²⁶ do vírus da hepatite B ser superior a do vírus da AIDS, não há menção a esta outra doença infecciosa nos depoimentos. Provavelmente este fato pode estar relacionado a patogenicidade²⁷ da AIDS, a qual é maior que a da hepatite B, o que talvez explique o medo de contrair AIDS, a qual equivale a uma condenação a morte e neste sentido “Todas as doenças metaforizadas que atormentam a imaginação coletiva levam a uma morte sofrida, ou se imagina que o façam” (SONTAG, 1989, p. 48).

Acreditamos que a associação entre AIDS e morte é tão forte - devido ao fato de ainda não ter sido descoberta a cura para o agente biológico da doença – que o medo de adoecer e, portanto de morrer se faz presente intensamente. O medo da morte é descrito por Foucault (1977, p. 177), quando afirma que “Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece”.

Percebemos que, provavelmente, esta situação de lidar com o “perigo” dos fluidos corporais desperte nos profissionais de saúde o sentimento de estarem fazendo o bem ao próximo, com o risco de se contaminarem, assumindo então o papel de vítimas inocentes do possível contágio da doença.

Talvez esta situação de vitimação possa ser explicada de acordo com Sontag (1989, p. 31), quando afirma que “O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinqüência – o

²⁶ Refere-se à “capacidade que têm certos organismos de penetrar e de se desenvolver ou de se multiplicar no novo hospedeiro, ocasionando infecção” (ROUQUAYROL, 1993, p. 219).

²⁷ Diz respeito à “qualidade que tem o agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do homem e de outros animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados” (ROUQUAYROL, 1993, p. 219).

doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente”. Assim, não podemos ser vítimas da doença *deles*, pois não sabemos como a adquiriram, portanto, não queiram imputar esta condenação *a nós*.

Acreditamos que, a especificidade da situação de fragilidade de um apenado doente de AIDS, desperte a compaixão do trabalhador da saúde para o *paciente*, revelando uma situação positiva no trabalho. O trecho da entrevista abaixo pode ilustrar esta situação:

“Aí no caso para eles, mas aí eu acho que nem seria, tanto nós da parte da enfermagem teria que ter um acompanhamento mais psicológico com eles, porque não deve ser fácil para eles... presos e ainda com HIV”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)

Irala et. al. (2000), identificaram o movimento oposto desta situação, ou seja, a gratidão dos doentes de AIDS não apenas aos trabalhadores da saúde. Pode ser que compaixão e gratidão estejam próximas, pois dizem respeito a sentimentos mais elevados dos seres humanos.

Também pôde ser observado, a partir dos depoimentos, que o sentimento de *ser humano* pode estar relacionado à **situação de vulnerabilidade** vivenciada por estas mulheres e homens quando reclusos em uma penitenciária.

Sendo o conceito de vulnerabilidade dinâmico, referindo-se a indivíduos e grupos sociais, portanto ao coletivo, entendemos que este conceito também se aplica aos sujeitos privados da liberdade, podendo esta situação ser evidenciada nas falas abaixo.

“Ah seria isso aí...a participação no laboratório de adesão para mim seria bastante importante eu acho que a qualidade e o tratamento deles também e até para incentivar o uso do preservativo que a informação que eu tive no presídio é que eles não usam preservativo, que muitas vezes a visita íntima deles é três ou quatro aguardando o lençol que eles fazem dentro de um quarto lá... tapam um canto lá e ali as pessoas ficam escutando toda a visita íntima... foi isso que eu achei bastante triste”. (ENFERMEIRO - D)

“Mas tem ainda muito, até depois essa pessoa referiu, hoje já faz muito tempo que ele não está mais, mas ele ainda sofre preconceito a princípio em questão de não conseguir emprego não é de... ser discriminado, tudo... por ter sido um apenado. (...)seja lá porque motivo é preso não existe uma reeducação para reintegrar à sociedade, não, simplesmente solta, vai te vira, foi essa impressão que eu fiquei” (ENFERMEIRO - I)

“Eu me lembro acho que um paciente foi... com certeza deve ter sido dos primeiros.... que me chamou a atenção por ser presidiário, me chamou a atenção foi a juventude, assim era jovem, por um instante eu acho que eu

pensei isso assim, 'que pecado', é jovem assim e já está preso, foi alguma coisa assim que me espantei" **(ENFERMEIRO - J)**

"Porque sempre tem um, aquele preconceito, a respeito do preso. Não é preso...mesmo depois que cumpre a pena é difícil conseguir emprego, é difícil se voltar para sociedade. Eu acho que quando eles percebem uma pessoa lá todos os dias, 'não, vamos lá', incentivando, mostrando que dá, mostrando que pode, quando eles atingem o objetivo, eu acho que isso pesa psico... positivamente para eles". **(FISIOTERAPEUTA - A)**

"Não, eles são muito cooperativos. É, normalmente, eu não sei se é pela vida que eles levam lá, muito precária..." **(AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)**

"(...) não me esqueço o nome dele, bem novinho ele veio sem caminhar (...) ele estava com toxoplasmose... aí ele não estava conseguindo caminhar e com dezenove anos, vinte... e aquilo assim me chocou... porque tão jovem, aquilo ficou assim aí... e aí eu olhando ele tão novo, tão jovem isso me chocou bastante no início. A gente fica pensando uma série de coisas. Meu Deus podia ser diferente, uma criatura jovem em cima de uma cama com HIV e ainda preso, mas aí depois tu vai trabalhando isso dentro de ti e vai passando" **(AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)**

"(...) o que eu digo que em algumas situações eu ficava com pena era em função disso, tinha um paciente que tu via assim tudo que podia dar para ele, ele queria em função que ele não tinha acesso a comida e coisa lá dentro(do presídio) então" **(NUTRICIONISTA - B)**

"Sentia na conversa assim em um ou dois episódios, a impressão que tu tem é que roubou por necessidade... filhos...esposa... passando dificuldade em casa, então é isso que me chamou a atenção em princípio o que me passou foi isso...essa pobreza, desigualdade social. Vi que tinha gente que, se as coisas fossem um pouco melhor, não estariam ali". **(MÉDICO - B)**

"(...) porque aqui apesar de estar com algemas ou não, eles são pacientes como muitos aqui, então não tem como tu... agora quando eu penso em presidiário eu olho e a minha imaginação vai direto para cadeia imaginando a situação que ele vive lá... direto". **(MÉDICO - C)**

Percebemos que, assim, tanto ao vivenciar a experiência de privação da liberdade, quanto ao experimentar a situação de adoecimento, os sujeitos detentos estão em situação de vulnerabilidade, possuindo um potencial de resposta positiva a situação vivenciada, podendo esta resposta ser representada, por exemplo, pela reabilitação social, ou a reabilitação do corpo, em termos de superação de um estado de adoecimento.

Carvalho et al. (2006, p.470), afirmam que "a população prisional é jovem, de baixa escolaridade, apresenta grau importante de ruptura dos vínculos familiares, em especial para as mulheres, tem história de envolvimento com drogas, seja pelo uso ou

pelo tráfico, e tem história de doenças sexualmente transmissíveis”. Estas constatações feitas pelos autores demonstram a situação de vulnerabilidade dos detentos quando num contexto de reclusão, revelando fatores que variam desde o grau de escolaridade baixo (que pode ser percebido como uma situação anterior à reclusão) até o uso de drogas (anterior ou posterior à reclusão).

Porto (2002) afirma que o termo vulnerabilidade procura integrar diferentes aspectos da realidade, sejam eles, sociais, econômicos, culturais, ambientais e de saúde, explicitando aspectos éticos relacionados aos problemas sócio-ambientais, decorrentes da pobreza, iniquidade e ao ressurgimento de certas doenças.

De acordo com as entrevistas é possível percebermos que os profissionais identificam a vulnerabilidade dos presos. Esta vulnerabilidade é expressa em diferentes níveis, ou seja, cada um verbaliza um tipo de vulnerabilidade. Assim, é possível destacar a vulnerabilidade relacionada à situação de adoecimento que o paciente vivenciava, ou seja, representava seu momento atual. Também foi assinalada a dificuldade de reinserção social, caracterizando a fragilidade em relação a um momento futuro, bem como a vulnerabilidade caracterizada pela privação da liberdade, a qual revela a precariedade da vida que os sujeitos apenas tem dentro do presídio, expondo-os aos riscos de adoecimento.

Estas constatações demonstram a dinâmica do conceito de vulnerabilidade, o qual se relaciona tanto a aspectos individuais (do apenas doente), quanto a aspectos coletivos (outros apenas, família do detento, equipe de saúde, equipe dirigente), integrando diferentes dimensões da realidade (culturais, sociais, econômicas, de saúde e política).

Relacionada a questão das algemas e da escolta, as quais chamam a atenção para o estigma do doente, aparece o sentido da metáfora referente à **compaixão** despertada nos profissionais para a condição do doente, o que traz de volta a questão da humanidade que identifica as mulheres e os homens. Compaixão, palavra derivada do latim *compassione*, que significa dor perante o *mal* alheio; pesar que em nós desperta infelicidade, piedade, pena (FERREIRA, 1986).

Interessante que este significado relacionado à dor perante o mal alheio, já foi comentado em um momento anterior, nos sentimentos antagônicos despertados nos

profissionais de saúde. De acordo com o pensamento de Cioran, Souza (1996, p. 141), escreve que “a dor une imediatamente tudo o que há de humano ao mais profundo de si mesmo”; neste sentido, pode-se dizer que esta seria a extrema humanidade, a identificação com a dor do outro, a aproximação entre mulheres e homens que se abstrai, por um momento, de qualquer estigma, medo ou herança social.

O profissional se solidariza à situação do detento, como se pudesse vivenciar as privações que este experimenta. É como se, por alguns instantes, fosse possível se aproximar do interior daquela situação, vivenciá-la de forma profunda e intensa, para em seguida, se afastar novamente e analisá-la como parte de algo estranho, mas necessário.

“Então aí te desperta esses sentimentos assim, que a família também, o quê que a família...como a família é... o quê que a família...como é que vive, a situação, de ver um filho preso, de ver um filho acorrentado...essas coisas assim todas...é que...eu acho que ainda mexe um pouco...” (ENFERMEIRO - C)

“(...) cuidar como qualquer outro paciente meu sentimento de solidariedade, de pena naquele momento, os que eu cuidei estavam com dor, tentava sanar a dor do paciente, acho que o sentimento é o mesmo, eu não tenho essa diferença entre paciente apenado e paciente comum, eu procuro até nem saber o que ele fez para não interferir no meu serviço e mesmo que eu soubesse não iria interferir, mas só para não deixar, para mim eu trato ele como qualquer outro paciente. E não gosto que tratem mal também.” (ENFERMEIRO- E)

“(...) não tenho aquela coisa assim do choque, dá pena dependendo da situação por eles estarem ali, se sentem constrangidos, aquela coisa meio só em relação a isso”. (NUTRICIONISTA- B)

“É, no primeiro, mas aí depois eu... da mesma maneira como qualquer enfermo, sem receio nenhum, até um pouco de dó... eu acho”. (FISIOTERAPEUTA - B - respondendo sobre o receio que sentiu ao atender o apenado pela primeira vez).

“Eu acho que eles têm cara de carência”. (FISIOTERAPEUTA - B)

“Depende muito, agora mesmo nós estamos com uma presa tu tem o sentimento assim de pena do paciente às vezes, porque, pessoas novas às vezes que não há necessidade de estar lá e elas ficam presas” (TÉCNICO DE ENFERMAGEM - A)

“Ah, eu fiquei bastante penalizada. (...) Aí como eu entrei direto para Clínica Médica, então, nossa, ali foi o início em noventa e quatro, os pacientes que a gente recebia eram pacientes que vinham muito mal, porque assim, ou sabiam do diagnóstico (AIDS), no momento da internação, mas já estavam muito doentes, ou recebiam diagnóstico e nunca tinham procurado tratamento. Então

para mim ver aqueles pacientes naquela situação, naquela condição, mais ainda algemado, era um martírio muito grande, eu me sentia muito mal".
(ENFERMEIRO - D)

O sentimento de compaixão do profissional de saúde pode ser despertado tanto pelas situações da doença do *paciente*, como pela sua condição de *apenado*, as quais podem remeter o trabalhador ao sofrimento experimentado pelo sujeito detento do *mal* que o aflige. “O acontecimento único do sofrimento *fecha* o sofredor em si mesmo; ele se percebe como *único* sofredor e a verdadeira dor é também, de certa forma, este isolamento *radical*” (SOUZA, 1996, p.142), sendo que neste momento, profissional e paciente se aproximam, dividem o mais profundo de si mesmos, vivenciando a sua extrema humanidade. Apesar do autor mencionar um “isolamento radical”, entendemos que a experiência do sofrimento do paciente *apenado* pode ser interpretada por dois movimentos que se complementam: a sua experiência única de *sofredor*, ou seja, a sua vivência particular e; o *compartilhamento* deste sofrimento por uma outra pessoa, ou seja, a compaixão do trabalhador de saúde que permite a aproximação entre estes seres humanos em particular.

Apesar destes sentimentos de compaixão em relação ao paciente detento, os trabalhadores da saúde também manifestam o seu medo em lidar com estes clientes, pois os *apenados* são indivíduos estigmatizados. A **herança social** do *apenado*, se faz presente a todo momento, sendo justamente esta um dos componentes que pode inibir o profissional de saúde em seu contato direto com este paciente.

Esta questão do receio se torna compreensível se entendermos este fato de acordo com Goffman (1988), que explica que o medo é um dos componentes do estigma.

Assim, medo e estigma aparecem associados nas entrevistas. Entendendo o medo como uma metáfora, podemos compreender o sentido que assume no interior de uma instituição hospitalar, pois conforme já foi mencionado, o sujeito detento traduz a concretização de uma forma de violência. O medo de ser vítima ou de ter alguém estimado como vítima de algum crime, é lembrado quando a condição do *apenado* se antecipa a sua condição de doente.

O *apenado* traz a evocação do mal, representa aquele grupo que devemos

manter afastado e esta informação nos é transmitida social e culturalmente, pois “o estigma não é um preconceito individual, ele representa uma carga cultural herdada de tempos longínquos, que é passada inconscientemente, fruto de uma transmissão baseada na tradição” (SANTINI, 1998, p. 35).

Este sentimento de medo está fundado no estigma de presidiário, da imagem social que fazemos dos mesmos. A situação de violência que os sujeitos apenados fazem despertar na equipe de saúde está relacionada também às formas violentas de punição, descritas por Foucault (1987), que eram utilizadas para punir os transgressores (podemos citar os suplícios e o esquartejamento, por exemplo).

“É a minha, minha maior dificuldade, ainda é, mas é, é o medo. Medo de não saber o que pode acontecer naquele momento (...) Por que ele tanto pode entender que tu estás ali para cuidar, para melhorar a situação dele, quanto ele pode te usar como elemento pra se vingar, para se mostrar agressivo, violento”. (ENFERMEIRO - A)

“Por que a tendência...o meu problema não é de ter, como é que eu vou te dizer? Na realidade é o medo, entendesse? De se aproximar muito e até o paciente, imaginar outras coisas. Porque tu não sabe a cabeça, das pessoas, até quando é... (...) O quê que se passa. Até para não, a gente pensa assim, não abusar, tu mantém assim, essa certa distância. Mas eu acho que eu preciso trabalhar, talvez seja só isso...” (ENFERMEIRO - C)

“É receio por isso, entendeu? Por não saber a reação da pessoa de repente, se é uma pessoa violenta ou alguma coisa assim.” (ENFERMEIRO - F)

“O primeiro sentimento é sempre temor. Temor pela condição do apenado. Mesmo sendo paciente e tudo” (ENFERMEIRO - G)

“Olha, eu, sinceramente, eu fico com medo. Porque antes, eles ficavam sempre algemados, mas agora que tem uma lei que parece que não pode, então eles ficam soltos. Eu tenho muito medo deles. Ainda mais quando eu sei que eles são bandido mesmo. Que já mataram... eu fico com medo de atender... mas atendo a mesma coisa como se... mas por dentro eu fico louca de medo. Fico mesmo. Mas atendo a mesma coisa, converso o que tem que conversar com eles e tudo, mas eu fico com medo”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“O receio acredito eu às vezes pela atitude que eles vão ter porque tu não sabe que ... até que ponto a parte psicológica dele está afetada também. Eu acho até, que eu digo são pessoas que são machucadas, então tu não sabe até que ponto a sociabilidade deles como é que é”. (NUTRICIONISTA - A)

“(...)sempre tu, o primeiro que tu vai atender, tu fica meio receosa, mas não teve nada que marcou, que tenha sido diferente, que tenha me causado alguma impressão assim. Isso não.” (MÉDICO - A)

“(...) no fundo existia um pouquinho de certo receio assim mas bem inferior ao que existia aquela fantasia que existia no início” (MÉDICO - B)

Os símbolos de estigma contribuem para a segregação do sujeito apenas no interior do ambiente hospitalar. Ao ser identificado por estes símbolos, automaticamente os profissionais se remetem àquela imagem construída de um preso, ou seja, as construções negativas que podem ou não ser desmistificadas com o decorrer do tempo, na prestação da assistência. É claro que aqui, neste ponto, o medo se constitui em um fator de extrema relevância, pois, ou ele vai impedir a aproximação do profissional de saúde e do doente ou, quando esta aproximação for inevitável, este medo será tão intenso que não vai permitir um melhor contato com o paciente. Entendemos que o medo pode ser minimizado pela ação do trabalho, ou seja, por uma questão profissional, o medo não pode se sobrepor à humanidade e solidariedade ao paciente. Os trechos a seguir ilustram a construção que o trabalhador da saúde faz sobre “o crime” e a violência, os quais parecem compor os principais ingredientes acerca da imagem de um “preso”.

“Até porque, por mais que tu queira, tu não consegue esquecer que ele é um presidiário, e tu não sabe, se ele vem te dar um aperto de mão ou te despejar droga, arma. Como a gente não sabe o que os outros fazem, só que dele a gente já tem um pé mais atrás que os outros”. (ENFERMEIRO - A)

“(...) por que o preconceito existe em todos nós, queira ou não. É claro que tem aquele momento que tu olha para o paciente assim, ‘o quê que será que ele já fez?’ Será que ele pegou algumas crianças, já fez maldade para as crianças, já matou, já roubou, que maldade fez? Para outros? Então claro que isso vem na tua cabeça assim, mas isso nunca influenciou na minha relação com o paciente”. (ENFERMEIRO - C)

“ (...) chega o ‘cara’ algemado, porque geralmente vem com dois brigadas, nem vem com um. Então aquilo ali é meio estranho sabe? Não é...É não é normal sabe, estranho (...) isso é estranho porque tu vê e tu já fica assim tem aquela coisinha do estigma” (ENFERMEIRO - F)

“Em geral comenta sempre que vai vir presidiário. Esses comentários sempre têm”. (ENFERMEIRO - G)

“A primeira impressão que tu tem, uma pessoa algemada é agressivo, matou alguém, traficou, matou uma criança, mas depois tu vais... até porque todos que eu peguei, desde o início, quando eu cheguei no quarto me trataram bem, de repente se eu pegasse, pegasse algum... agressivo, eu acho que de repente mudaria a minha postura”. (FISIOTERAPEUTA - B)

“Eu prefiro sempre não saber porque que eles estão presos, talvez se eu soubesse eu teria alguma restrição assim, mas não tenho nenhum problema”.
(MÉDICO - A)

Estas falas demonstram que o estigma de “presidiário” é muito forte e intenso: a imagem do preso evoca todo um imaginário, geralmente relacionado à agressividade, maldade, crueldade. Estes sentimentos negativos que tendem a surgir durante o processo de trabalho, parecem provocar uma reflexão acerca da vida criminosa do paciente apenado, mostrando o perigo em potencial daquilo com que estamos lidando. Acreditamos que, com aqueles pacientes que não são apenados, a construção realizada pode ser feita no sentido de tentarmos identificar a sua culpa em relação a sua doença: “Também o canceroso é às vezes considerado culpado de ter hábitos perigosos – o alcoólatra com câncer do esôfago, o fumante com câncer pulmonar: é um castigo por ter levado uma vida pouco saudável” (SONTAG, 1989, p. 31). Como os pacientes detentos estão pagando à sociedade por algo que cometeram contra ela, já são, evidentemente, culpados de alguma coisa. O que resta saber (e esta parece ser a dúvida que atormenta os profissionais de saúde) é *que tipo de crime* ele cometeu.

Conforme já foi comentado anteriormente, o **instrumento** da equipe de saúde se constitui no seu saber. De acordo com Pires (1998, p. 208), “Uma ampla gama de instrumentos de trabalho são utilizados para a realização do trabalho assistencial como o saber específico das diversas profissões, que são propriedade de cada trabalhador”. Assim, o saber se diferencia de acordo com cada profissão que usa os seus instrumentos com a finalidade de atuar sobre o objeto/sujeito apenado.

A partir dos depoimentos dos profissionais entrevistados (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e médicos) foi possível evidenciar, entre todos os instrumentos que são utilizados na área da saúde, a **comunicação**. Esta última é particularmente importante, devido aos sentidos metafóricos que assume no processo de trabalho da equipe de saúde com o cliente apenado.

A comunicação, como ato intrínseco ao existir humano, possui em seu processo o emissor, o receptor e a mensagem. Apesar da forma que mais temos consciência de transmitir uma mensagem ser a verbal, também utilizamos a não-verbal emitida e

recebida através dos órgãos dos sentidos, compreendendo as expressões facial e corporal e o toque (JÚNIOR e MATHEUS, 2005).

Iniciaremos a reflexão abordando a questão da comunicação terapêutica que, apesar de ter recebido poucas referências, acreditamos que é importante sinalizarmos esta situação. Stefanelli (2005, p. 65), destaca, dentre outras, como premissas da comunicação terapêutica favorecer “a integração do ser pessoa com o ser profissional” e; ser “a essência do cuidado humanístico”.

A comunicação terapêutica pode ser entendida como a competência do profissional de saúde em utilizar o conhecimento sobre comunicação humana para auxiliar o outro no reconhecimento de suas potencialidades e limitações, a enfrentar desafios e, encontrar um sentido para viver com maior autonomia (STEFANELLI, 2005).

Entendemos que os sentimentos de afeto para com o próximo também se constituem em instrumentos da profissão da saúde, evidenciando uma forma de comunicação terapêutica, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

“(...) porque eu acho que a gente sempre tem que se colocar no lugar do paciente, por isso que tento ser humanizada... é complicado às vezes? É complicado, porque às vezes tem muitos pacientes e às vezes poucos funcionários em um trabalho de qualidade às vezes é um pouco complicado e dentro do possível tu tentas (...)”. **(ENFERMEIRO - E)**

“(...) uma é a questão até humana, não enquanto enfermeira, mas até me colocar um pouco na situação do outro, na posição do outro” **(ENFERMEIRO - I)**

“Não, o único assim que sumiu foi o receio. Aí, daí, só acrescentou. Eu tento tratar não só eles como qualquer um com bastante... carinho. Tento, como é que eu vou te dizer... tento me mostrar interessada, entendesse, dar carinho, conversar, escutar. Não só chegar lá, ‘vamos fazer’(...) Então eu tento me... conversar, conversar bastante. Gosto de passar confiança.” **(FISIOTERAPEUTA - B)**

“Até conversar mais com eles porque a gente não tem tempo, claro a gente sempre procura entrar no quarto tratar com carinho, com respeito, mas é essencial tu conversares com o paciente. E às vezes a gente não tem tempo de conversar quase com eles, às vezes a gente nota que se a gente conversasse mais talvez até ajudasse na recuperação deles”. **(AUXILIAR DE ENFERMAGEM - C)**

“Quando tu fica com menos pacientes tu consegue dar atendimento e não é como eu digo, não é só o atendimento de enfermagem, às vezes a pessoa precisa até de um carinho...É uma conversa, uma palavra assim já conforta, porque às vezes eles estão revoltado, pela situação por tudo, tu pára ali e conversa um pouco já desvirtua eles”. **(TÉCNICO DE ENFERMAGEM - A)**

“(...) tu vê às vezes eu fico com o paciente quarenta minutos e como é atividade física eu não posso ficar ali quarenta minutos fazendo, fazendo e fazendo, então faz um pouquinho se ele cansa espera ele descansar e nesse meio tempo tu vai conversando, tu cria um vínculo com ele(...)”
(FISIOTERAPEUTA C)

Estes depoimentos ilustram não somente a aproximação do profissional de saúde da condição humana do doente apenado, como também mostram que a relação de confiança desenvolvida entre ambos, durante o cuidado, também se constitui em instrumento de trabalho da equipe de saúde. Os trechos acima revelam uma situação de empatia, descrita por Stefanelli (2005) como um dos componentes da comunicação terapêutica e definida como a tentativa de perceber a experiência do outro como este a vivencia.

A afirmação de “dar carinho, conversar, escutar”, revela respeito pelo paciente, demonstrando que o mesmo, apesar do fato de ser apenado, é percebido como igual nos seus direitos à vida e à assistência.

Também verificamos, através das entrevistas com os profissionais de saúde, que se evidenciaram as formas de comunicação verbal, representada pela **fala** e, também, a não verbal manifestada pelo **toque**.

A fala foi o instrumento manifestado por todos os profissionais de saúde. Já a necessidade de tocar foi relatada como necessária por todos, excetuando-se as nutricionistas.

Silva e Júnior (1996), afirmam que o toque pode se classificar em instrumental (aquele necessário ao desempenho de uma tarefa específica), afetivo ou expressivo (relativo ao contato espontâneo, que transmite sentimentos conscientes ou não) e terapêutico (denominação dada à técnica terapêutica que utiliza uma dinâmica energética para sua ação).

De acordo com os depoimentos dos profissionais de saúde, identificamos a utilização do toque instrumental, com algumas referências ao toque afetivo. Vale salientar que houve referência ao toque afetivo como meio de comparação, ou seja, é dispensado a outros doentes, mas dificultoso em ser realizado com o paciente detento. O trecho da entrevista a seguir ilustra esta afirmação:

“É, eu acho que a maior diferença está assim, que eu tenho uma relação muito próxima, com os pacientes. Eu tenho o hábito de chegar no quarto, de conversar e de ser bem próxima assim a eles. De tocar, de tocar, de fazer um carinho, de ter uma relação assim, mais próxima, de conversar coisas. Não só em relação a doenças, de coisas...(…) ...de me aproximar mais como pessoa. E eu não faço isso, com os outros, detentos. Então aí já está uma diferença. Eu não faço isso muito, não. Trato bem, trato igual, mas, mais distante um pouco, bem assim aquela questão do cuidado. Chegar ali, faz o cuidado, até converso, visito o paciente igual, como ele está, como ele está se sentindo, se tem dor, se...toda essa parte é igual. Mas aquela afetividade, é que é...”
(ENFERMEIRO - C)

No depoimento acima, podemos verificar que o toque ao paciente detento é percebido com dificuldade, provavelmente relacionada à condição social do doente. Assim, o toque é desagradável para o profissional de saúde. Silva e Domingues (1997), afirmam que o toque é intensamente utilizado no ambiente hospitalar, transmitindo mensagens tanto por quem toca, como por quem é tocado. Em seu estudo, identificaram que o significado do toque está relacionado a sentimentos agradáveis, mas que também pode ser percebido de maneira desagradável por quem o recebe.

Neste sentido, Júnior e Matheus (2005, p. 70), também argumentam que “nem sempre o toque, quer o instrumental ou expressivo, tem o mesmo significado para o enfermeiro e para o paciente. Mais que ter um significado universal o toque depende do contexto, da cultura, do local que é tocado e das pessoas envolvidas num determinado processo comunicativo”. Isto demonstra que, no contexto hospitalar, com pacientes privados não só da liberdade, mas também de sua autonomia, realmente o toque pode ser uma atividade dificultosa a ser realizada com o paciente detento.

Se o toque afetivo é dificultoso de ser dispensado aos pacientes apenados, acreditamos que o prejuízo à assistência somente vai ocorrer, se houver diferenciação na realização do toque instrumental, constituindo-se uma forma de comunicação não terapêutica, ou seja, aquela que corresponde a “fenômenos que acontecem na comunicação humana, trazendo prejuízos para quem a usa e para o outro envolvido no processo de comunicação” (STEFANELLI, 2005, p. 106). Esta forma de comunicação não terapêutica pode ocorrer devido ao estigma do paciente detento, sendo que a possibilidade desta situação ocorrer pode ser evidenciada nos depoimentos abaixo:

“Eu nunca peguei realmente assim, que tu fica sempre fica um pouco mais, mas eu nunca peguei aqui na unidade alguém que dissesse assim: ‘ah... é por estupro, é por abuso sexual’ aí não sei se eu seria tão, se o tratamento seria igual.... assim no caso às vezes abuso sexual de uma criança. De repente tu pode despertar outro sentimento diferente para tratar aquele preso.... mas nunca me interessei em saber o quê que era... de repente se eu soubesse ‘ah.... estuprou crianças, aí... talvez... o tratamento fosse diferente”. (ENFERMEIRO - H)

“Eu imaginei, eu imaginei tudo (crime), inclusive enquanto eu estava aqui atendendo ele, ele estava com a esposa, mais não sei, me deu uma certa... um certo receio, um certo...mais tive que atender normalmente. (...)Por dentro eu não... eu estava bem.... por dentro eu estava bem raivosa” (MÉDICO - C)

Podemos perceber, através destes trechos que, uma provável comunicação não terapêutica pode ocorrer relacionada ao estigma do preso e a situação de violência que ele representa.

Conforme foi mencionado, a necessidade de toque não aparece nos depoimentos das nutricionistas. Pode-se entender que para realizarem o seu trabalho, o toque é uma condição dispensável, conforme pode ser ilustrado na fala abaixo.

“Eu não toco tanto no paciente. Se eu for tocar é só para medir ou pesar. Agora é diferente uma enfermeira, o pessoal da enfermagem que vai ter de trocar um curativo, vai ter de chegar muito nele; a fisioterapeuta que vai tocar, vai fazer uma ... é diferente. Por isso que eu te digo, eu não sei como é que é o trabalho delas, como elas agem nessa situação. O agir delas eu não sei te dizer. Eu acho que eu ficaria bem receosa”. (NUTRICIONISTA - A)

Nas demais categorias profissionais, o toque foi mencionado nas entrevistas como um meio utilizado na realização do cuidado ao paciente detento, ou seja, está circunscrito ao toque instrumental, relacionado à determinada tarefa que seria desempenhada com o cliente detento. Os depoimentos a seguir demonstram esta afirmativa:

“Eu acho que tem a questão da assistência direta, de como tu cuidas diretamente, como tu medicas, como tu vês sinais, como tu chegas perto dessa pessoa, o que inclui a comunicação, que também faz parte desse cuidado direto, a educação da equipe e a educação de ti mesma, por que eu estou aprendendo a lidar com essas pessoas”. (ENFERMEIRO - A)

“ (...) quando precisava fazer algum procedimento que precisava... a gente pedia para os agentes retirarem as algemas dos pés e quando precisava fazer algum procedimento com eles, virar, fazer algum eletro... (eletrocardiograma) que dava interferência, a gente pedia para eles retirarem, mas o restante acho que não precisa”. (ENFERMEIRO - E)

“Eu acho que em relação a fazer procedimentos esse tipo de coisa, de chegar no paciente até então não tive problema nenhum”. (ENFERMEIRO - F)

“(...) atendi como qualquer outro paciente, atendia normal sem nada de diferente... atendi como qualquer outro paciente: exame físico, tudo normal”. (MÉDICO - B)

“Olha, para mim assim, não tem muita diferença, porque não sei se é pela própria profissão de fisioterapeuta, que é uma abordagem mais, mais de...mais de toque mesmo com o paciente” (FISIOTERAPEUTA - A)

“Tudo o que aquele paciente precisa eu faço, banho, curativo... se tem que botar piramidal eu boto. Se tem que botar... tudo, tudo... se tem que botar óleo, nas costas para prevenir escara. Tudo a gente faz normal”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - A)

“A importância da fisioterapia em si, como para qualquer pessoa. A reabilitação, seja pulmonar, seja motora. A parte psicológica de estar junto com o paciente, de tocar no paciente. A gente é um dos poucos que toca. Tocar. O médico chega conversa, está bem, está bem, não está, não está, a gente toca, a gente manipula, a gente senta, a gente tira da cama. Tem muito toque”. (FISIOTERAPEUTA - B)

A partir dos depoimentos, é possível perceber que o toque ao paciente detento é realizado como necessidade do cuidado, sendo utilizado para desempenhar uma determinada atividade com o mesmo. Não houve referências ao toque afetivo com estes pacientes.

Júnior e Matheus (2005, p. 64), afirmam que o toque pode significar tanto uma atitude de unir ao outro, como uma maneira de perceber o outro ou de manter relação com ele.

A partir dos depoimentos, percebemos que o contato físico com o paciente apenas fica limitado ao toque instrumental, pois a possibilidade de manter o toque afetivo, talvez seja dificultada pela herança social do paciente, ou ainda em termos de privação que o mesmo vivencia, sendo que, neste ponto, não podemos saber como o mesmo perceberá o contato físico.

Outra forma de comunicação manifestada foi a verbal falada, a qual foi entendida como um meio de obter a participação do paciente em seu cuidado. É através da fala que o profissional de saúde poderá manifestar ao doente a atividade que irá realizar. Porém, acreditamos que, não necessariamente, é falado ao paciente, seja ele apenas ou não, a atividade que será desenvolvida com ele.

“O diálogo. Isso é muito importante na área da fisioterapia. Por que com o diálogo você consegue tirar o máximo do paciente, o máximo de cooperação, porque, para fisioterapia, 50% também, quando o paciente pode, é a cooperação dele e a vontade de melhorar. Então eu acho que isso é muito importante. Manter o diálogo, o máximo, e demonstrar que ele pode confiar em mim, para conseguir o máximo de efetividade nos exercícios, ou respiratórios ou motores que ele faça”. (FISIOTERAPEUTA - A)

“Eu acho que o diálogo, não só técnica, acho que o diálogo.(...) A técnica é essencial, mas eu acho que 50% depende do paciente, 50 do profissional. Eu faço a minha parte e tento dialogar para ver se ele ajuda”. (FISIOTERAPEUTA - B)

Mas a comunicação verbal, assim como o toque, pode ser entendida como um limite condicionado pela condição social do paciente. Primeiramente, relacionado ao aspecto da humanização, ou seja, o profissional de saúde, ao trabalhar com o paciente apenado, identifica a necessidade de uma comunicação verbal falada não ofensiva pela condição do doente. Este fato pode ocorrer porque “O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações” (OLIVEIRA et al., 2006, p. 282). Percebemos que o conflito da situação de lidar com um apenado, que também se mostra primeiramente como paciente, faz com que o profissional identifique a possibilidade de adequar a comunicação com o mesmo:

“Eu acho que a comunicação ela é um pouco diferente, porque tu tem que ter todo um cuidado, assim, porque, geralmente, ou o paciente está com o acompanhamento de um agente penitenciário, ou da brigada, ou de repente este paciente está acorrentado, está algemado na cama,... raros são os que não tem nem uma coisa nem outra. Então é muito difícil chegar e dizer para ele assim, olha, tipo tu vai descer para um raio x, eu vou pedir para te ‘desacorrentar’, para te ‘desalgemar’”... (ENFERMEIRO - A)

“(...)às vezes tu não sabe como chegar nessas pessoas, tem pessoas, tem presos que às vezes é complicado de tu conversar. São mais, eles ficam com um pouco mais de medo, eles não se abrem muito, eles não conversam muito, então acho que a única dificuldade é de chegar para conversar com eles, a dificuldade maior é isso (...) às vezes tem, eles são meio restritos, meio calados, acho que eles ficam um pouco receosos com a tua atitude... eu acho que a única dificuldade que tem é isso é chegar para abordá-los (...)”.(ENFERMEIRO - E)

“Expor o paciente, no caso um cidadão comum que está ali ‘o senhor está bem? E a família está bem, o senhor precisa de alguma coisa? Tem algum recado da família? Ah, o senhor está morando aqui?’, essas perguntas que a gente pode fazer. Eu não vou perguntar para o presidiário.... claro, ele mora no presídio, então essas coisas tu já não pergunta.” (ENFERMEIRO - H)

“(...) nunca ‘rotulei’ eles como preso. ‘Ah, um preso!’ Não, sempre chamei pelo nome, nome do paciente, nunca ‘rotulei’, nunca ‘rotulei’ ele como um preso para mim sempre foram... nunca mudei nada também, sempre tratei eles da mesma forma, da mesma maneira(...)”(TÉCNICO DE ENFERMAGEM - A)

Por outro lado, a comunicação verbal falada pode ficar limitada pela condição social do sujeito apenado, ou seja, o estigma pode fazer com que ocorra um afastamento entre o paciente e o profissional de saúde porque há uma separação social, histórica e cultural que forma uma barreira que dificulta a aproximação entre ambos. Os trechos das entrevistas abaixo, podem exemplificar esta dificuldade de aproximação entre ambos.

“Não sabe se tu conversa como uma pessoa normal e de repente tu desperta nele algum outro tipo de sensação, de sentimento, sei lá eu de quê...se tu trata ele como um paciente, desperta de repente raiva, alguma coisa... E para mim, para mim, era muito difícil no início, agora é um pouco mais tranquilo, até porque eu me sinto mais à vontade”. (ENFERMEIRO - A)

“Eu acho, tipo assim, eu trato, assistencialmente, mas eu não converso muito. Tipo os outros pacientes, tu pergunta, às vezes tu conta um pouco ‘ah é, eu sou assim, não sei o quê’, eu sou bem assim, é bem profissional mesmo. Eu entro ali, ‘ah, tu estás bem, tu não estás bem’, existe diferença, é óbvio que existe, mas eu não sou muito...por que com outros pacientes assim, até por que tem pacientes que até tu te identificas mais ainda, tu conversa, tu fica mais tempo assim, ‘ah, eu vou ali conversar com aquele paciente’, sabe? E eu acho que, isso assim, no presidiário, eu não sou muito de ficar conversando, de querer indagar...” (ENFERMEIRO - B)

“E eu acho que a tendência dos profissionais é: não dar muito ‘papo’. Vai ali e faz o que tem que fazer e vai embora” (ENFERMEIRO - C)

“(...) tipo assim o paciente comum a gente chega brincando, uma coisa mais natural... aí quando já é um paciente assim, dependendo do crime. Aí eu não tenho muito assunto com esse aí, vou lá fazer o que eu tinha que fazer vou perguntar se está bem se está precisando de alguma coisa” (ENFERMEIRO - L)

“(...) o paciente normal, eu faço a medicação, eu vou ali, faço a medicação, converso com ele, vou ali ver do quê ele está precisando. E o preso não, já vou, faço o que eu tenho que fazer, faço a minha obrigação, e não, não fico de, só vou ali fazer a obrigação mesmo. E já com outro paciente não, eu vou, converso, já brinco, dou mais atenção, fico mais na volta deles, e com o preso não: só faço que eu tenho que fazer e deu”. (AUXILIAR DE ENFERMAGEM - B)

“Eu acho que eu tenho uma boa relação com eles, eu acho que isso eu vou ter que manter. Manter a minha postura de médica e de ser imparcial ali,

independente dele estar preso ou não. Eu acho que isso é bom e tem que continuar.” (MÉDICO - A)

Os instrumentos de trabalho analisados servem como um meio de aproximação do sujeito apenado, o qual possui uma necessidade, que pode ser satisfeita pela ação dos profissionais da saúde. Assim, alguns dos instrumentos utilizados no corpo biológico deste paciente são o toque e a fala. A ação sobre este corpo biológico pode assumir dois significados para os trabalhadores da saúde: primeiramente, não vai existir diferença dos instrumentos utilizados no trabalho, no sentido de que serão os mesmos utilizados para outros doentes, porém isto não significa que sejam usados da mesma forma que o são com outros pacientes que não são detentos ou; já inicialmente poderá haver dificuldade em aplicar estes instrumentos devido ao estigma dos sujeitos apenados. Por outro lado, a situação de vulnerabilidade do paciente apenado pode despertar o sentimento de compaixão do trabalhador, possibilitando a aproximação entre ambos.

Propositamente, deixamos a discussão acerca da **finalidade** do trabalho para o término desta análise, pois acreditamos que a reflexão sobre a mesma se aproxima do **produto**. Marx (1985, p. 205), afirma que “No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho”.

O cliente detento que chega até o serviço de saúde possui uma necessidade, manifestada por um fato patológico, o qual, segundo Canguilhem (1995, p. 64), “só pode ser apreendido como tal - isto é, como alteração do estado normal - ao nível da totalidade orgânica, e em se tratando do homem, ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal”. A fim de satisfazer esta necessidade, o cliente detento precisará do saber dos profissionais da saúde que irão atuar sobre o seu corpo biológico.

Basicamente, a finalidade está relacionada à reabilitação, tanto do corpo biológico do paciente apenado, quanto a tentativa de “cura” de sua “doença social”. Assim, podemos dizer que é através de uma primeira aproximação do doente, motivada pela reabilitação do seu corpo biológico, que o trabalho da saúde permite vislumbrar

uma nova finalidade que, se espera, seja um produto para a sociedade, ou seja, a reabilitação da sua “doença social”.

Primeiramente, será analisada a questão da reabilitação, entendida aqui como a cura de uma doença em nível de corpo biológico. A cura, de acordo com Canguilhem (1995, p. 188), pode ser entendida como

a reconquista de um estado de estabilidade das normas fisiológicas. A cura estará mais próxima da doença ou da saúde na medida em que essa estabilidade estiver mais ou menos aberta a eventuais modificações. De qualquer modo, nenhuma cura é uma volta à inocência biológica. Curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas.

Estas afirmações demonstram que, é o ser vivo que, criando novas normas de vida supera a limitação imposta pela doença. Se não fosse a possibilidade de infração às normas, os seres humanos não poderiam reconhecê-las como tal. É a possibilidade de adoecer que desperta no ser humano o desejo de “testar” os seus limites.

Relativo aos pacientes apenados, apesar da precariedade e da privação de suas vidas no interior das penitenciárias, acima de tudo, são seres humanos, os quais possuem a possibilidade de tentar adotar novas normas de vida. Mesmo que, para adotar estas normas, estejam limitados pela condição do meio em que vivem; ainda assim, é possível que transponham as dificuldades impostas na tentativa de reconquistar a estabilidade de seu organismo. Esta situação pode ser ilustrada no depoimento abaixo:

“Até tivemos um caso, um paciente que estava internado, estava com dislipidemia. Colesterol alto, triglicerídios. Então foi com uma dieta para o presídio. Coisas que ele não poderia comer lá. E pelas primeiras notícias que eu tive, ele estava seguindo lá, então a gente mandou pela prescrição dietoterápica dele, a prescrição da dieta, e ele estava seguindo lá. Então é uma coisa que a gente estava tendo retorno também. (...) até a gente mandou com orientação de alta dele e eles estavam seguindo lá, e ele estava se respeitando também.” (NUTRICIONISTA - A)

Apesar das privações, o paciente apenado citado estava tentando instituir novas normas de vida, a partir das orientações de um profissional da saúde, ou seja, a superação do seu estado de doença estava se fazendo pela relação com outra pessoa, cujo saber se constituiu, em um meio de auxiliar o paciente a superar a condição de limitação imposta pela doença.

Mesmo que os profissionais de saúde fiquem limitados em realizar seu trabalho pela condição social dos pacientes detentos, ou seja, pela privação da vida carcerária, a qual se constitui em um obstáculo à continuidade do tratamento e ao acompanhamento do paciente, esta necessidade de reabilitação ainda se faz presente para o trabalhador, o qual reconhece as imposições do meio em que o doente vive.

“Ah... dentro do que eu faço seria adesão, eu gostaria que eles participassem mensalmente que eles viessem ao ambulatório, que eles passassem pela consulta e depois fossem pacientes ativos do ambulatório de adesão o que na realidade hoje eles não são”. (ENFERMEIRO - D)

“Acho que o que mais restringe o trabalho assim é o acompanhamento, tipo tu dá orientação de alta, o normal nos outros pacientes é tu dar orientação de alta e solicita um retorno. Para eles voltarem é mais complicado, eles não sabem se vão conseguir mais voltar, esse por exemplo eu nunca mais tive acesso a esse paciente, ele esteve internado bastante tempo, era complicado, ele internava para fazer controle glicêmico no fim ele não conseguiu fazer a cirurgia e deu alta e ele nunca mais retornou para mim (ambulatório)”. (NUTRICIONISTA - B)

Acreditamos que a necessidade de reabilitar, ou a tentativa de promovê-la, demonstra, acima de tudo, o reconhecimento da humanidade do paciente. A tentativa de reabilitação do corpo biológico ultrapassa a herança social do doente: o mesmo é visto como um ser humano cuja necessidade se revela como *qualquer outro paciente*. Neste sentido, podemos afirmar que a sua singularidade está sendo considerada, pois “A fronteira entre o normal o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente” (CANGUILHEM, 1995, p. 145).

De acordo com as entrevistas, foi possível identificar que a finalidade de reabilitar se manifesta tanto em nível da doença, na dimensão do corpo biológico, quanto na dimensão da doença social do sujeito apenado.

“As funções só são reveladas por suas falhas. A vida só se eleva à consciência de si mesma pela inadaptação, pelo fracasso e pela dor” (CANGUILHEM, 1995, p. 169). Se for através de uma limitação que o ser humano toma consciência de sua vida, podemos entender que os seres humanos privados da liberdade têm possibilidade de buscarem a reabilitação tanto de sua condição biológica, quanto social. Neste sentido,

os profissionais da saúde também se percebem como “reabilitadores” em potencial, conforme poderá ser constatado nas falas a seguir.

“E a gente percebe assim, que eles tem essa sensação assim, de que eu preciso de vocês. Vocês estão me cuidando, vocês estão fazendo por mim, de repente, o que outra pessoa não faria, de dar carinho, atenção, de conversar, de tratar como um ser humano...”(ENFERMEIRO - A)

“E até melhorar essas relações, com eles quem sabe. Quem sabe, uma atenção um pouquinho maior nossa não vá mudar um pouquinho eles. (risos) Quem sabe?” (ENFERMEIRO - C)

“Eu entrei numa sala e depois achei.... imagina como deve ser a galeria, uma sensação horrível quem está lá dentro, uma vez que bate aquelas grades... sensação ruim mesmo e era de noite, pior ainda.... a gente ia sair cedo, começou sete e meia e terminamos onze horas da noite, foi muito bom, sabe tu fica com uma expectativa, o pessoal tudo lá, a escolta toda com a gente mas é complicado, mas é bem legal tu sai de lá.... sente medo.... mas quando tu sai, sai aliviada, alguma coisa eu fiz...” (ENFERMEIRO - D
- falando sobre um trabalho de prevenção à AIDS realizado dentro da penitenciária)

“Quando interna qualquer paciente, indiferente do presidiário ou não, o quê que tu quer a recuperação da saúde daquele paciente, aí vem o teu retorno, tu vê o paciente ficar bem... dando alta...que está tranquilo” (ENFERMEIRO - H)

“Tratar ele como igual a qualquer outro paciente que a gente tenha, não discriminar ele por ser apenado, isso faz alguma diferença, eles sofrem o preconceito sim por ser apenado”(ENFERMEIRO - I)

“Eu acho que às vezes faz até refletir um pouco, sobre as coisas. Porque mesmo quando a gente está conversando durante a terapia, a gente tenta mostrar coisas positivas, mostrar que existem outros caminhos, pelo menos eu, no meu caso, a gente sempre tenta conversar de forma positiva: ‘não, não, mas eu fiz isso, eu não sei o quê’, mas você não precisa fazer isso. Aí eu acho que funciona legal isso na cabeça deles”. (FISIOTERAPEUTA - A)

“(...)até porque além da parte patológica, digamos que a gente vai estar ajudando, eu acho que tem mais aquele lado da conversa, porque muitas vezes eles estão sozinhos, não vem nem os familiares, essas coisas, então eu acho que até esse contato, essa afinidade que a gente fica com eles eu acho que isso também ajuda, eu acredito muito nisso. Então acho que tanto pelo aspecto patológico quanto pelo aspecto psicológico acho que a gente contribui na hora da fisioterapia”. (FISIOTERAPEUTA - C)

“Eu acho que a importância como médico. Importância para ele de ter alguém que....para tratar dele, para tentar ajudar ele. Eu acho que é isso assim.” (MÉDICO - A)

Acreditamos que o profissional de saúde, ao realizar o seu trabalho com o sujeito apenado, naquele micro-espço da interação²⁸, se percebe como agente em capaz de exercer ações, sentidas como ínfimas no macro contexto social, mas potenciais naquela situação do sujeito da interação. Mesmo que não possa intervir no todo social, marcado por um contexto de exclusão, o trabalhador da saúde sente uma possibilidade de ir além em seu trabalho: tentar superar a limitação da condição biológica, mas também da condição social.

Este movimento dos trabalhadores da saúde demonstra, novamente, a condição de humanidade que aproxima os homens. Mais ainda, evidencia uma possibilidade de superar o modelo cartesiano, o qual separa o todo (seja ele o corpo biológico ou social) em partes. Naquele espaço de atuação, os profissionais de saúde percebem a possibilidade de tentarem “fazer a diferença” com os pacientes apenados; identificando-se como seres humanos e mostrando um movimento extremamente positivo no trabalho.

A reabilitação possui sentido de metáfora, pois uma atividade terapêutica (um curativo ou um exercício respiratório, por exemplo) vista como uma ação aparentemente simples, em outro domínio de realidade, traz junto a si a possibilidade de intervenção sobre algo mais complexo (uma doença social), mudando portanto, a simplicidade do ato do trabalhador da saúde, revelando não somente a complexidade do trabalho, mas possibilitando também uma nova interpretação da realidade.

Castiel (1996, p. 101), afirma que,

O corpo humano, suas atividades, seus produtos e, também, seu adoecer prestam-se especialmente à atribuição de metáforas e outras figuras de linguagem. Em termos de representação corporal, a metáfora se constitui em elemento essencial em função de sua característica intermediadora. Busca, primordialmente, preencher, mediante a linguagem, as lacunas existentes entre corpo, mente e sociedade.

Assim, a partir do pensamento do autor, podemos entender que as metáforas medeiam, através da linguagem, as relações do corpo, mente e da sociedade. De acordo com o sentido da metáfora da reabilitação, podemos entender que o trabalhador da saúde, através de sua ação sobre o corpo biológico do apenado, espera obter

²⁸ O termo interação, neste estudo, se refere a definição de Stefanelli (2005) de processo de interação: a mensagem emitida por alguém, para outra pessoa que emite uma resposta.

resultados sobre a sua “doença social”, mesmo que seja um resultado aparentemente pequeno, evidenciado pela simples constatação de reconhecer a sua *humanidade*.

Este fato, portanto, permite afirmar que a discussão acerca da finalidade e do produto, na especificidade deste estudo, pode ser aproximada, pois durante o processo de trabalho com estes clientes, o produto vai além da recuperação do corpo físico. Revela, a todo momento, a potencialidade humana que, mesmo que não seja de uma forma evidente (tanto para o trabalhador da saúde, como para o paciente), desenvolve um trabalho com inúmeras metáforas positivas, que se sobrepõe a herança social do doente apenado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idéia de realizar um estudo acerca do processo de trabalho da equipe de saúde com clientes apenados surgiu também em parte, pela identificação da trajetória de exclusão que permeiam tanto a instituição hospitalar, quanto o presídio.

Os apenados possuem a marca da exclusão, devido ao estigma de “presidiários”. Segundo Foucault (1987, p. 196), as prisões, que surgiram entre o final do século XVIII e o início do século XIX, possuem o papel de transformar os indivíduos, sendo que deste modo, “Como não seria a prisão imediatamente aceita, pois se só ela faz, ao encarcerar, ao retrainar, ao tornar dócil, é reproduzir, podendo sempre acentuá-los um pouco, todos os mecanismos que encontramos no corpo social?” As prisões servem como um mecanismo corretivo, o qual exerce uma modificação nos indivíduos através da privação da liberdade, introduzindo processos de dominação característicos de um tipo de poder, o qual se estendeu a toda sociedade, sendo esta que possui, em várias instâncias, o poder do ato de julgar, medindo, avaliando e transformando os indivíduos. As prisões foram, portanto, a sanção legal do ato de punir.

Do mesmo modo, os hospitais também eram lugares de outra categoria de pessoas excluídas. Foucault (1977, p. 48) descreve como característica das Fundações Hospitalares do século XVIII serem um lugar para pobres:

A pobreza é um fato econômico que a assistência deve remediar enquanto existe; a doença é um acidente individual à qual a família deve responder assegurando à vítima os cuidados necessários. O hospital é uma solução anacrônica que não responde às necessidades reais da pobreza e que estigmatiza o homem doente em sua miséria.

Com o deslocamento da doença para o ambiente hospitalar, a mesma ficou “desnaturalizada”. O homem doente tornava-se um peso para a sociedade, pois doente, não podia trabalhar, sendo assistido em sua doença, mas deixando a sua família desamparada.

Acreditamos que as histórias de exclusão apesar de serem aparentemente distintas, possuem proximidade. Os apenados, ao serem excluídos em um presídio, são condenados a um confinamento o qual, se espera, produza uma transformação sobre eles. São excluídos para serem transformados e corrigidos. A história dos hospitais, os

caracteriza como um lugar de exclusão no sentido da parte pobre e desassistida da população. Esta construção que vem do passado, possibilita encontrarmos um ponto de aproximação entre a história do paciente e do apenado que, mesmo sendo nesse particular o mesmo ser humano, reproduz duplamente um processo de exclusão – doente e apenado.

Assim, o fato de estudar esta interessante dinâmica, “preso”, paciente, excluído, hospital e prisão, pôde revelar uma variedade de sentidos metafóricos positivos e negativos, os quais possuem uma construção social que, conforme podemos constatar com Foucault (1987 e 1977), podem ser explicados a partir do século XVIII. E que, com o decorrer da construção das diferentes condições das humanidades, chega-se hoje com um cenário complexo e, portanto, torna-se insuficiente o significado dos espaços específicos de exclusão, pois esses não são idênticos em potencial do que no passado. Isso remete à compreensão da dinâmica complexa que é produzida nesses locais, de forma a não se perder os seus sentidos contraditórios – positivos e negativos.

De acordo com objetivos traçados inicialmente para este estudo:

- identificar como se desenvolve o processo de trabalho da equipe de saúde em nível hospitalar com o cliente apenado, e
- identificar a presença de elementos que evidenciam uma relação metafórica e estigmatizante com o cliente detento, ou seja, neste processo de trabalho são desenvolvidas relações metafóricas com sentido estigmatizante? Podemos considerar que:

O processo de trabalho da equipe de saúde com o cliente detento é permeado de sentidos metafóricos positivos e negativos. O processo de trabalho possui como principal característica se referir, o tempo todo, a *seres humanos*: os seres humanos trabalhadores e pacientes.

A partir desta constatação, podemos verificar que a condição de humano vai permear tanto a produção de metáforas positivas, quanto ser o fator condicionante de relações estigmáticas. Conforme já foi assinalado, o estigma é produzido e reproduzido por seres humanos, os quais se tornam os responsáveis pela manutenção desta construção cultural para marcar e excluir.

Através da necessidade de responder à seguinte questão: como se desenvolve o processo de trabalho da equipe de saúde com o paciente apenado que aporta ao serviço de saúde em nível hospitalar? (Quais os sentidos dos sentimentos que são despertados, em que situações, como isto influi no processo de trabalho); verificamos que as constatações apresentadas a seguir são esclarecedoras.

Primeiramente, conforme já foi comentado, os sentidos dos sentimentos despertados no decorrer do processo de trabalho, são permeados pela condição de *ser humano* do cliente apenado. A sua necessidade posta, de ser atendido por uma equipe de saúde, a qual possa favorecê-lo em sua alteração orgânica, revela no interior deste mesmo processo sentidos metafóricos positivos e negativos, evidenciando a aproximação desta condição de humanidade. Fica evidente que o movimento de proximidade com o paciente se deve ao atendimento, ou seja, o cuidado a que todos seres humanos, em princípio, teriam que receber.

Mas esta identificação com a humanidade do outro (neste caso o cliente detento), possibilita a verificação da humanidade de outros, neste caso, as possíveis vítimas do paciente que agora se encontra doente. Esta aproximação desencadeia um sentido de antagonismo aos sentimentos que surgem, pois o paciente e o criminoso são uma pessoa só, sendo que o trabalhador da equipe de saúde necessita manter um posicionamento profissional, de modo a transpor os sentimentos negativos que, por ventura, pudessem se sobrepor à adjetivação de paciente, desencadeando uma manifestação que poderia, por assim dizer, ter uma conotação violenta, por parte do profissional.

Ainda pudemos constatar que a imagem social construída sobre um preso, confere-lhe inúmeras metáforas negativas, as quais podem ser desmistificadas na situação de atendimento a estes doentes. A conduta social apropriada de um apenado, manifestada por gentileza e docilidade pode assumir duas significações: um sujeito apenado que apresenta estas atitudes para se manter “sem ser incomodado” e, ainda, o simples fato de que não necessariamente por ser detento o paciente será agressivo. Novamente, de forma implícita, a condição de humanidade pode ser verificada, pois tanto os pacientes detentos como os não detentos podem assumir uma conduta adequada ou não.

Um fato que possibilita reforçar a construção social da imagem de “presidiário” são os símbolos de estigma, ou seja, aqueles sinais que permitem a sua identificação como um transgressor. Particularmente interessante no interior do processo de trabalho foram os sentidos metafóricos relacionados aos símbolos da escolta, da algema e das tatuagens. A escolta serve como um mecanismo de extensão da disciplina do presídio e um meio de vigiar para punir. O trabalho da escolta garante, até certo ponto, a segurança da equipe de saúde. Mas seu principal ponto de interesse está em denunciar a presença do apenado, advertindo quanto ao perigo, sendo um importante símbolo de estigma no interior da instituição hospitalar.

Outro símbolo particularmente “denunciador” seriam as algemas, informantes da transgressão de seu usuário. A algema remete à identificação da culpa, sendo até certo ponto facilitadoras do trabalho da equipe de saúde, por garantirem, parcialmente, a segurança por constrição mecânica de movimentos ou, também funcionando como dificultadoras deste mesmo trabalho, justamente pelo fato de limitarem os movimentos, restringindo as ações da equipe de saúde.

Podemos realizar uma aproximação importante entre estes símbolos de estigma (escolta e a algema): por garantirem a segurança do profissional de saúde, podem funcionar como um mecanismo de aproximação do paciente, no sentido humano da aproximação.

Outro interessante símbolo de estigma está relacionado ao uso de tatuagens pelos pacientes apenados, possuindo uma significação para estes, traduzindo significados que podem ser conhecidos no contexto de seu grupo. As tatuagens tinham uma função comunicativa, descritas por Foucault (1987) como a tentativa de desvelar a semiologia do crime.

Um símbolo de estigma identificado como relevante no processo de trabalho, foi a associação com a AIDS. Este sentido metafórico forte remete a significações de culpa e transgressão, o que promove uma relação interessante entre os estigmas de “ser aidético” e “ser criminoso”: pessoas ritualmente poluídas, perigos em potencial de um contágio moral. Este contágio diz respeito também a transmissibilidade da AIDS que remete a uma associação com a morte: a letalidade dos fluidos corporais dos doentes,

que provoca nestes uma morte física, antes social. Morte social que também acontece com os apenados.

A metáfora da AIDS permite identificarmos a situação de vulnerabilidade dos pacientes apenados, referentes ao momento *passado*, representadas por um processo de exclusão social; ao momento *presente*: a vulnerabilidade por uma doença em nível orgânico, bem como por uma doença social (reclusão); e ao momento *futuro*, referentes ao vislumbamento da dificuldade de reinserção social. Ao visualizar estas vulnerabilidades, novamente surge o sentimento de humanidade que aproxima mulheres e homens, possibilitando uma construção metafórica positiva: a compaixão. Este sentimento de solidariedade à dor do outro, evidencia perspectivas positivas no trabalho da equipe de saúde.

Evidentemente, em alguns momentos a condição social do sujeito apenado se sobrepõe a sua condição de doente. Este fato se deve ao estigma dos presos, a uma construção social que possui o medo como um dos fatores constituintes. O medo da herança social, do contágio moral, da violência concretizada no interior do ambiente hospitalar, pode ser minimizado pela ação do trabalho que aproxima e identifica os seres humanos.

A partir do sentido destas metáforas, identificamos que os instrumentos de trabalho da equipe de saúde também possuem sentidos metafóricos: evidenciamos a comunicação verbal (fala) e também, a não verbal (toque), os quais se constituem em meio de potencializar o cuidado e que, quando são difíceis, revelam o sentido estigmatizante da relação, devido à condição social do doente apenado.

Entretanto, o sentido positivo do trabalho se faz presente de uma forma muito estimulante quando verificamos as relações entre a finalidade e o produto. Basicamente, a finalidade e o produto estão relacionados à reabilitação, tanto de uma doença em nível orgânico do paciente apenado, quanto à tentativa de reabilitação de sua doença social. Assim, a finalidade e o produto podem ser aproximados, pois o ato de cuidar pode revelar uma contribuição, aparentemente ínfima, mas que certamente possui um significado social extremamente positivo de fazer algo mais: seja através da compaixão, do toque instrumental, ou ainda da identificação das vulnerabilidades dos

pacientes. Estes sentidos metafóricos estão fundados na simplicidade (ou complexidade) de reconhecer no outro, um ser humano.

Assim, na realização deste estudo, não desejamos em nenhum momento elaborar um juízo de valor. Entendemos que a nossa investigação pode contribuir para que os próprios trabalhadores percebam os limites que transpõem diariamente, sem muitas vezes reconhecerem o quão complexas são as suas ações. Nestes momentos, superam a alienação do trabalho: reconhecem no “paciente real” (apenado) a sua potencialidade de contribuir, com uma parcela aparentemente pequena, mas muito significativa, de minimizar através da ação do seu trabalho, uma realidade marcada por desigualdades e exclusão, que vai muito além dos limites de uma instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.G.; PINHEIRO, L.C; LIMA, F.S; MARTINELLI, C.C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para as políticas públicas. 1 ed. Brasília: UNESCO, BID, 2002. 192p.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA Jr.; I., CALAZANS, G.J; SALETTI FILHO, H.C;. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZRESNIA, D; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-139.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987. p.61-69.

BUCHALLA, C.M; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 4 (Supl.), p.117-119, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 19 de junho de 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig Barrocas e Luiz Octavio Ferreira. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARVALHO, M. L. ; VALENTE, J.G.; ASSIS, S.G.; VASCONCELOS, A.G.G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-467, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>>, acesso em 23 de agosto de 2006.

CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas, São Paulo: Papirus, 1994.

_____. **Moléculas, moléstias e metáforas**: o senso dos humores. São Paulo: Unimarco Editora, 1996.

CODO,W. **O que é alienação**.10 ed. São Paulo: Brasiliense.1994.

CEZAR VAZ, M.R.C. O Trabalho em Saúde: expressão viva na vida social. In: Maria Tereza Leopardi (Org.). **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, v.1, p. 57-70.

_____; MARTINS, S. R.; RUBIRA, L.T.; ROSSALES, L.R; IRALA, D.A; MORAES, T.O. A certeza incerta da morte e suas metáforas na situação de acometimento de AIDS-Tuberculose. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n. 3, p.82-99, 2001.

DEMO, P. **Charme da exclusão social**. Campinas, SP: Autores associados, 1998.

FEIJÓ, M.C.; ASSIS, S.G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e suas famílias. **Estudos de Psicologia**, Florianópolis, v.9, n.1, p. 157-166, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 10 de junho de 2005

FERRAZ, C.A. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: **Cuidar: ação terapêutica da enfermagem**, 1998, Salvador-BA. Anais/50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador: ABEn- Seção Bahia, 1999. p. 159-165.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhe. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 1987, 288 p.

_____. **O nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1.ed. 1977.

GERHARDT, T.E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 08, n.3, p.713-726, 2003. disponível em <www.scielo.br>, acesso em 16/12/2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite, Antenor Celestino Souza. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003, 320 p.

GOMES, M.A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, abr./jun. 2005. disponível em <www.scielo.br>, acesso em 08/12/2005.

GOYATÁ, S.L.T.; ROSSI, L.A; DALRI, M.C.R. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo a alta hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 102-109, janeiro-fevereiro, 2006. Disponível em <http:www.scielo.br>, acesso em 05 de outubro de 2006.

HEILBORN, M.L. Violência e mulher. In: Gilberto Velho e Marcos Alvito (Org). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1996, v. 1, p. 89-98.

HEMINGWAY, E. **Por quem os sinos dobram**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. In: **Estudos & Pesquisas**: Informação Demográfica e socioeconômica, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2003/indic_sociais2003.pdf> Acesso em : 21/01/2006.

IRALA, D. A.; MORAES, T.O. **O olhar de pacientes acometidos de tuberculose/AIDS sobre o seu processo de adoecimento**: apresentação de alguns elementos metafóricos significativos a sua produção de saúde. 1999. 121 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 1999.

JÚNIOR, A.B.; MATHEUS, M.C.C. Comunicação como Instrumento Básico em Enfermagem. In: Tamara Cianciarullo (org.). **Instrumentos Básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 61-73.

KURIYAMA, D. A. A. **Reclusão e o corpo marcado**: cotidiano e manipulação das tatuagens no Presídio de Rio Grande. 2004.113 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2004.

LEFÈVRE, F. **Mitologia Sanitária**: Saúde, Mídia e Linguagem. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1999.

LEMGRUBER, J. Pena alternativa: cortando a verba da pós-graduação no crime. In: Gilberto Velho e Marcos Alvito (Org). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1996, v. 1, p. 69-88.

LEOPARDI, M.T. Introdução. In: Maria Tereza Leopardi (Org.). **O Processo de Trabalho em Saúde**: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999a, v.1. Introdução; p. 09-22.

_____. Instrumentos de Trabalho em saúde: razão e subjetividade. In: Maria Tereza Leopardi (Org.). **O Processo de Trabalho em Saúde**: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999b, v.1, p. 71-81.

MARX, K. **O capital**. Crítica da economia política. 10ed. São Paulo: Difel. Liv.I, v.1, 1985, cap5, p.201-223.

MEYER, D.E.E; MELLO, D.F; AYRES, J.R.C.M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p. 1335-1342, junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 03 de junho de 2006.

MINAYO, M.C. de S. (org). **O desafio do conhecimento**- pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo -Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

_____. Violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292, setembro, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 06 de agosto de 2005.

NERI, M. Retratos do cárcere. **Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, p.70-71, 2004. Disponível em: <www.fgv.br/ibrc/cps/cd.Retraatos_Cárcere/RCE_Neri_Retratos.pdf> Acesso em: 08/01/2006

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 277-284, março-abril, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>>, acesso em 05 de outubro de 2006.

ORNELLAS, C.P. **O paciente excluído**: História e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PALMA, A; MATTOS, U.A de O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 8, n.3, p. 567-590, setembro-dezembro, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 20 de junho de 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br>>, acesso em 15 de outubro de 2006.

PEREIRA, M.B. Introdução à tradução portuguesa de metáfora de Paul Ricoeur. In: Ricoeur, P. **Metáfora Viva**. Porto: Rés Editora, s/d.

PESAVENTO, S.J. Lugares malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.19, n.37, setembro, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 de junho de 2005.

PETTENGILL, M.A. M; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n.6, p.982-988, novembro-dezembro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 19 de junho de 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social: CUT; Annablume, 1998.

PIRES, M. B. **Educação ambiental e mulheres encarceradas**: uma proposta. 2002. 84 p. Dissertação (Mestrado em Educação Ambiental) - Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2002.

PITTA, A. Hospital: **Dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PORTO, M.F.S. Entre a saúde e a vulnerabilidade: em busca de uma abordagem ecossocial em problemas de saúde e ambiente. In: Marcelo Firpo de Souza e Carlos Machado de Freitas (Org.). **Problemas ambientais e vulnerabilidade: Abordagens Integradoras para o Campo da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, 2002, v.1, p. 125-136.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDST, 1993.

SANTINI, M.E. **Estigma na Hanseníase**: uma proposta de educação participativa na assistência de enfermagem com enfoque cultural. 1998.109f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SILVA, M.J.P.; DOMINGUES, J. O toque - percepção de idosos hospitalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n. 2, p. 285-290, maio-agosto, 1997.

SILVA, M.J.P.; JÚNIOR, D.B. Ensinando o toque terapêutico: relato de um experiência. **Revista Latino americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. especial, p. 91-100, abril, 1996. Disponível em <<http://www.scielo.br>>, acesso em 03 de outubro de 2006.

SILVA, C. R.L.; SILVA, R.C.L. **Dicionário compacto de Saúde**. São Paulo: Yendis Editora. 2004.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____ **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Schwarcz Ltda, 1989.

SOUZA, R.T. **Totalidade & Desagregação**: sobre as fronteiras do pensamento e suas alternativas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

STEFANELLI, M.C. Introdução à comunicação terapêutica. In: Maguida Costa Stefanelli, Emília Campos de Carvalho (org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, S.P: Manole, 2005. p. 62-72

_____ Comunicação não terapêutica e barreiras à comunicação terapêutica. In: Maguida Costa Stefanelli, Emília Campos de Carvalho (org.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, S.P: Manole, 2005. p. 105-117.

VELHO, G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: Gilberto Velho e Marcos Alvito (Org). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora FGV, 1996, v. 1, p. 10-24.

YUNES, M. A. M; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: José Tavares (Org). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA:

- 1- Quais sentimentos despertados em ti, quando no cuidado ao cliente apenado?
- 2- Quais características do teu cuidado a este cliente que não estão presentes com outros pacientes? Podes me descrever uma situação de trabalho com o apenado vivenciada por ti?
- 3- Que aspectos influenciam no teu cuidado/assistência ao apenado (sentimentos, técnicas)?
- 4- Que elementos achas que estiveram/estão presentes no teu cuidado ao cliente apenado?
- 5- Quais pontos em teu trabalho acreditas que podem ser melhorados, mantidos e/ou acrescentados?
- 6- Que dificuldades sentistes ao prestar tua assistência a este cliente?
- 7- E o que tivestes facilidade para lidar?
- 8- O que mais te chamou a atenção ao te deparares com o apenado pela primeira vez?
- 9- Este fator persiste no teu trabalho diário?
- 10- Achas que há infra-estrutura/condições para atender ao apenado no hospital?
- 11- O que deve ser adequado para melhorar a assistência?
- 12- Achas que a equipe está pronta para atender ao apenado?
- 13- Para ti, qual a relevância do teu trabalho com o detento?

APÊNDICE 2

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGEnf)
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ao Senhor Raúl Andrés Mendoza Sassi
Diretor do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet de Corrêa Jr.
N/C

Prezado Diretor,

Vimos por meio desta, solicitar a vossa apreciação e parecer de concordância para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**O Processo de Trabalho da Equipe de Saúde com o cliente apenado: um estudo sobre metáforas e estigmas**”, do Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob orientação da Profª. Drª Marta Regina Cezar Vaz e co-orientado pela Profª. Drª Maria Elisabeth Cestari, no qual pretendemos realizar um estudo com a equipe multidisciplinar que atende ao paciente detento interno neste hospital. Se vosso parecer for positivo, iremos realizar nosso trabalho nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica, bem como no Hospital Dia.

Contamos com vossa atenção cuidadosa ao trabalho acima citado e desde já agradecemos, atenciosamente,

Profª. Drª Marta Regina Cezar Vaz
Orientadora

Profª. Drª Maria Elisabeth Cestari
Coordenadora do PPGEnf

Enfª Denise de Azevedo Irala
Mestranda

Rio Grande, outubro de 2005.

APÊNDICE 3

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PPGenf)
MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Prezado participante,

Estamos solicitando respeitosamente, sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “**O Processo de Trabalho da Equipe de Saúde com o cliente apenado: um estudo sobre metáforas e estigmas**”, que está sendo orientado pela Prof^a. Dr^a Marta Regina Cezar Vaz e co-orientado pela Prof^a. Dr^a Maria Elisabeth Cestari.

Temos como **objetivo geral** identificar como se desenvolve o processo de trabalho da equipe de saúde em nível hospitalar com o cliente detento, ou seja, pretendemos estudar como os **profissionais de saúde** prestam assistência ao paciente proveniente de um presídio. A importância deste trabalho está em proporcionar um melhor conhecimento de como se processam as relações da equipe de saúde com o apenado, entendendo que assim, poderemos prestar uma assistência de melhor qualidade a qual repercutirá positivamente na vida do trabalhador da saúde.

Para **coletarmos** nossos **dados**, nos valeremos das entrevistas e de observações, que serão realizadas com os profissionais que concordarem em participar do estudo. Em nenhuma destas haverá a identificação do participante, pois lhe atribuiremos um codinome para preservar a identidade.

As entrevistas serão transcritas e as observações registradas, sendo identificadas por um código, de forma a garantir o anonimato. As informações obtidas têm caráter confidencial. Garante-se que os dados não serão fornecidos para o uso que venha a prejudicar o participante.

O conteúdo das entrevistas e das observações ficará à disposição. Este material será guardado por um período de 05 (cinco) anos.

Ainda asseguramos que esta pesquisa não traz risco para a sua integridade física. Se eventualmente desistir de participar do estudo, poderá se considerar à vontade para declinar de sua participação.

Este consentimento será redigido em duas vias, com o mesmo conteúdo, sendo que uma ficará com o participante e outra com o pesquisador. Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com a autora do projeto através da Secretaria de Pós-Graduação (Telefone: (53) 32338850).

CONSENTIMENTO:

Pelo presente declaro ter sido informado (a), de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa e do desenvolvimento da coleta dos dados (entrevistas e observações). Fui também informado:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre qualquer questão referente ao trabalho,

- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que me traga qualquer prejuízo,

- Da segurança que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referência da minha privacidade.

- Do compromisso de acesso às informações em todas etapas do trabalho bem como dos resultados,

- De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho,

De permitir o uso gravado e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar da referida pesquisa.

Atenciosamente,

Enfª Denise de Azevedo Irala
Pesquisador

Profª. Drª Marta Regina Cezar Vaz
Pesquisador responsável

Participante

RIO GRANDE, ____/____/____.

APÊNDICE 4

1. Orçamento

Valores de custeio:

Item / Descrição	Quantidade	Valor	Subtotal		Total
			2005	2006	
Disquete 3 1/2 caixa com 10	10 unidades	10,00	30,00	30,00	60,00
CD-RW		3,00			
Cartucho impressora jato de tinta preto	15 unidades	70,00	350,00	700,00	1050,00
Papel sulfite A-4 pacote com 500 folhas	03 unidades	10,00	10,00	20,00	30,00
Gravador para fita cassete	01 unidade	120,00		120,00	120,00
Fita cassete 90 minutos	100 unidades	2,00	100,00	100,00	200,00
Conjunto 04 pilhas	16 unidades	5,00		80,00	80,00
Canetas esferográficas	20 unidades	1,00	10,00	10,00	20,00
Encadernações	20 unidades	2,50	25,00	25,00	50,00
Vales-transporte	960 unidades	1,50	720,00	720,00	1440,00
Caderno espiral com 96 folhas	05 unidades	4,00	8,00	12,00	20,00
Total valor de custeio					3070,00

Serviços de Terceiros- Pessoa física:

Item / Descrição	Quantidade	Valor	Subtotal		Total
			2005	2006	
Fotocópias	2000 unidades	0,10	100,00	100,00	200,00
Encadernações	20 unidades	2,50	25,00	25,00	50,00
Total serviços de terceiros:					250,00

Valores de Capital:

Item / Descrição	Quantidade	Valor	Subtotal		Total
			2005	2006	
Material Bibliográfico					
Livros	-	-	300,00	300,00	600,00
Total valor de capital:					600,00

